



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

**PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y OBSESIÓN POR LA
DELGADEZ EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA**

TESIS

Para optar por el título profesional de Psicóloga

AUTORA

Carolina Arispe Silva ([0000-0002-5455-8806](tel:0000-0002-5455-8806))

ASESOR

Karla Mercedes Rodríguez Borjas ([0000-0001-7369-3766](tel:0000-0001-7369-3766))

Lima 01 de Junio del 2018

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez. La muestra estuvo compuesta por 107 adolescentes ($M = 16.37$ años, $DE = 0.56$, 57.9% hombres) de un colegio público de Lima (Perú). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES-III) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Los resultados revelaron una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez en la muestra general. Sin embargo, en el grupo de mujeres tal correlación fue cercana a cero y no significativa. Por otro lado, los resultados de los análisis comparativos sugieren que los hombres perciben que en su familia existe mayor cohesión y adaptabilidad, en comparación a las mujeres. Por el contrario, las mujeres refirieron mayores niveles de obsesión por la delgadez. En conclusión, las hipótesis planteadas se cumplen parcialmente y se sugieren más estudios con participantes varones y con características sociodemográficas similares a las del presente estudio.

Palabras clave: *obsesión por la delgadez, funcionamiento familiar, adolescencia.*

Abstract

The goal of this study was to examine the relationship between family functioning and drive for thinness. The sample was composed by 107 adolescents ($M = 16.37$ years old, $SD = 0.56$, 57.9% males) from a public high school in Lima (Peru). The measures used were

the Family Adaptation and Cohesion Scales - III (FACES-III) and the Eating Disorders Inventory - 2 (EDI-2). The results show a significant and negative correlation between family functioning and drive for thinness, but only among boys. Among girls, such a correlation was close to zero and not statistically significant. On the other hand, comparison analyses suggest that among boys, their perception of their family functioning is higher in cohesion and adaptability, compared with girls. By contrast, girls reported higher levels of drive for thinness. In conclusion, the hypotheses were partially confirmed and it is suggested to do more studies with male participants and with samples with similar sociodemographic characteristics to those in this study.

Keywords: *drive for thinness, family functioning, adolescence.*

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1: Marco Teórico.....	7
Sintomatología y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria	7
La imagen corporal en la adolescencia	8
Funcionamiento familiar.....	11
El funcionamiento familiar y la sintomatología de TCA	14
Capítulo 2: Método	20
Diseño	20
Participantes	20
Instrumentos	20
Ficha Sociodemográfica	20
Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, 1991).....	21
Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES III; Olson, 1989)	23
Procedimiento.....	25
Capítulo 3: Resultados	27
Capítulo 4: Discusión.....	30
Referencias	41
Anexos	52
Anexo 1: Ficha Sociodemográfica.....	52
Anexo 2: Consentimiento Informado	53
Anexo 3: EDI 2	54
Anexo 4: Subescalas e ítems del EDI 2	58
Anexo 5: FACES III	60
Anexo 6 : Correlaciones ítem-test para la subescala Bulimia	63
Anexo 7 : Correlaciones ítem-test para la subescala O.D	64

Índice de tablas

Tabla 1. Correlaciones y puntajes medios para las variables.	28
Tabla 2. Estadísticas descriptivas y prueba T para las variables de estudio.....	29

Índice de figuras

Figura 1. Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar (Olson, Russell & Sprenkle, 1989).....	12
---	----

Introducción

Los valores occidentales, predominantemente el consumismo, se han diseminado gracias a las cada vez más sofisticadas tecnologías de marketing de sectores como la industria de la belleza, la esbeltez y la juventud. Los mensajes de las campañas de publicidad de dicha industria constituyen una gran fuerza en la creación e imposición de un determinado estereotipo de lo bello y lo sano (Bullen & Pecharromán, 2005). Dicho estereotipo va a incidir en la aceptación o rechazo del propio cuerpo (Bernárdez, Fernández, Míguelez, Rodríguez & Carnero, 2009).

Según sugieren otras investigaciones, los adolescentes de hoy en día reciben una constante presión sociocultural que promueve un ideal estético, generalmente enfatizando un cuerpo delgado y tonificado. Estudios previos (Culbert, Racine & Klump, 2015) afirman que dentro de las variables que aumentan el riesgo de los trastornos alimentarios se encuentran la exposición a los medios, la interiorización del ideal de delgadez (i.e., adopción del ideal de belleza corporal) y las expectativas de delgadez (i.e., expectativas de las ventajas de adoptar este ideal de belleza).

De esta manera, se ha dado una mayor importancia a la apariencia física, por lo que muchas personas parecen encontrarse decididas a poner en práctica diferentes conductas, para lucir delgadas y cumplir con el ideal impuesto por la sociedad, aunque puedan poner en riesgo sus vidas, pues dichas conductas pueden resultar en el desarrollo de trastornos alimenticios, siendo, en algunas ocasiones, letales (Herrera, 2008).

Capítulo 1: Marco Teórico

Sintomatología y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

De acuerdo a la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, que se caracterizan por alteraciones marcadas en la conducta alimentaria, así como en la percepción del peso y forma corporal (APA, 2013). Estas actitudes hacia el cuerpo y la ingestión de alimentos están generalmente acompañadas por una intensa preocupación por el peso y forma del cuerpo (APA, 2013). Los TCA han sido estudiados principalmente en países desarrollados, donde aparentemente la prevalencia es mayor en comparación a los países en vías de desarrollo como el nuestro. Sin embargo, es interesante notar en estudios epidemiológicos, que los TCA, y especialmente algunos de sus síntomas como la obsesión por la delgadez, se observan en poblaciones de Latinoamérica e incluso en el género masculino (Szabo, 2015).

Aunque los TCA no tienen una prevalencia tan elevada en comparación a otros trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, sus síntomas, entre ellos la obsesión por la delgadez, tienen una prevalencia elevada (Rosenvinge & Pettersen, 2015). Por ejemplo, el Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) fue utilizado en el Perú en un estudio epidemiológico ($N = 1496$ adolescentes en Lima, entre 11 y 18 años), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2012). Específicamente, este gran estudio epidemiológico utilizó las tres subescalas del EDI-2

utilizadas para evaluar la prevalencia de la tendencia o riesgo de TCA (i.e., Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal). El estudio halló que la prevalencia de riesgo de TCA fue de 5.8% (IC = 4.5 – 7.4), mientras que obsesión por la delgadez se presentó en el 3.4% de los casos (4.5% en mujeres, 2.2% en varones), la insatisfacción corporal en el 1.1% (1.5% en mujeres, 0.7% en varones), y las conductas bulímicas en el 2.6% (2.9% en varones, 2.2% en mujeres) (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2012).

Asimismo, en un estudio epidemiológico en adolescentes escolares ($N = 208$ estudiantes de ambos sexos, $M = 15.62$, $DE = 0.71$), se encontró que la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez son los síntomas más prevalentes en este tipo de población de Lima Metropolitana (Franco, 2013). Un dato que resulta interesante, es que las mujeres reportaron un nivel equivalente a dos veces del de los varones en los tres síntomas evaluados (i.e., insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y bulimia), mientras que los hombres no reportaron síntomas de bulimia (Franco, 2013). A propósito de las diferencias de género, si bien las mujeres tienden a reportar síntomas de TCA con mayor frecuencia, diversos estudios sugieren que los varones también presentan tales síntomas, incluyendo aquellos relacionados con la imagen corporal (Markey, 2010).

La imagen corporal en la adolescencia

La adolescencia es un período particularmente importante en relación a la imagen corporal y el riesgo a desarrollar TCA, pues aquellos que se encuentran en dicha etapa son más vulnerables debido a que, muchas veces, presentan dificultades para enfrentar las diversas influencias del entorno (Ricciardelli & Yager, 2016, Harter, 2012). Es en esta etapa, donde los individuos están fuertemente influenciados por normas y expectativas

culturales, las cuales pueden influir las actitudes de los adolescentes hacia su imagen corporal (Ladines y Marín, 2012). Es importante tener en cuenta la repercusión que tienen los factores sociales, familiares y los medios de comunicación en el desarrollo del adolescente, particularmente, la influencia que estos tienen sobre la imagen corporal (Ladines y Marín, 2012). Si bien no existe un ideal universal de belleza, los adolescentes perciben particularmente de los medios de comunicación y los pares (i.e., las principales fuentes de socialización), mensajes que pueden ser percibidos como promotores de la delgadez y la pérdida de peso (Haworth-Hoepfner, 2017), por ejemplo, estudios sobre medios de comunicación occidentales encuentran que las imágenes del cuerpo femenino representan generalmente un cuerpo delgado y tonificado, mientras que para los hombres un gran volumen corporal y muscular también tonificado (Slater, Tiggemann, Hawkins & Werchon 2012). Por su parte, estudios sobre los mensajes familiares en relación al ideal de belleza, también encuentran que ciertas actitudes y conductas de los padres influyen en la percepción y actitudes corporales de los hijos. Por ejemplo, madres que constantemente consultan a sus hijos o hijas si se ven bellas o no, que se pesan constantemente, que se observan preocupadas por su apariencia, o que se someten a cirugías estéticas. De manera similar, los padres pueden hacer comentarios negativos hacia la apariencia o estatus de peso corporal de sus hijos o de otras personas, a manera de burla (Ricciardelli & Yager, 2016). Finalmente, los pares son para los adolescentes una fuente importante de presión social. En lo que atañe a la imagen corporal, estudios sugieren que existe una “cultura de la gordura” entre los adolescentes. Este ambiente está caracterizado por un rechazo social hacia figuras corporales que representan a la gordura, además de discutir sobre métodos y prácticas para

la pérdida del peso, particularmente entre las mujeres, y sobre métodos para incrementar la musculatura, particularmente entre los varones (Ricciardelli & Yager, 2016).

Así, algunos adolescentes pueden estar particularmente preocupados por su imagen corporal, así como por su identidad y autonomía (Harter, 2012). Estos adolescentes, más vulnerables, pueden percibir dichos mensajes sobre el ideal de belleza como presiones socioculturales, tal como sucede con las presiones relacionadas a las expectativas de género (Tylka & Calogero, 2011). Estos mensajes refuerzan así el ideal de la delgadez, el cuál es un elemento clave en la articulación de los estándares de belleza (Haworth-Hoepfner, 2017). Asimismo, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia debido a la presencia de los medios de comunicación y los criterios estéticos que las personas han planteado. La sociedad busca imponer esta idea, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social (Palpan, Jiménez, Garay & Jiménez, 2007)

Diversos estudios coinciden en señalar que estas presiones socioculturales promueven el ideal estético corporal caracterizado en un cuerpo delgado para la mujer y un cuerpo tonificado para el hombre (Tylka & Calogero, 2011). Cabe resaltar que, si bien la obsesión por la delgadez se observa frecuentemente en adolescentes mujeres, también se observa entre adolescentes varones (Bordo, 2013; Grogan, 2008). Así mismo, los estudios sugieren que, tanto en hombres como mujeres, la obsesión por la delgadez es el concepto motivacional dominante en lo que refiere al grado de compromiso y ejecución de conductas y cogniciones alimentarias disfuncionales (Woud, Anschutz, Van Strien, & Becker, 2011). Este y otros estudios sugieren que esta obsesión por la delgadez también tiene un componente de evitación, específicamente de la identidad relacionada a la gordura debido

al estigma existente en torno a esta (Mussap, 2007). En otras palabras, los adolescentes pueden presentar tanto conductas de aproximación hacia el ideal estético de delgadez, como conductas de evitación asociadas al rechazo social de la gordura (Mussap, 2007; Woud, Anschutz, Van Strien, & Becker, 2011). En suma, la obsesión por la delgadez junto con síntomas bulímicos y la insatisfacción corporal, constituyen las dimensiones más importantes respecto al riesgo de desarrollar TCA (Kirszman & Salgueiro, 2002; Olatunji et al., 2012).

Funcionamiento familiar

La familia es la encargada de brindar los cuidados básicos de bienestar y salud a sus miembros. Esto la convierte en el factor más importante para el desarrollo emocional, físico y social de los hijos. Es importante mencionar que, para que la familia pueda lograr dicho propósito debe cumplir con sus funciones, lo cual la llevará a mantener un funcionamiento familiar saludable (Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús & Pérez-Saavedra, 2013). El funcionamiento familiar, de acuerdo a Olson (1989), se refiere entonces a la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades familiares.

Por otro lado, los estudios coinciden en identificar la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación familiar como las variables que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. Y es a partir de estas observaciones que se desarrolló el Modelo Circumplejo (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Este modelo sostiene que el funcionamiento familiar es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y puede valorarse según tres dimensiones: la cohesión familiar, la adaptabilidad familiar y la comunicación (Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega & Iraurgi,

2011). La *cohesión* se refiere al vínculo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía personal que experimentan. Así también, evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Con respecto a la *adaptabilidad*, esta se refiere a la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, los roles y las reglas en respuesta a un cambio (Olson, 1996). La tercera dimensión es la *comunicación*, la cual se basa en la empatía y en la escucha reflexiva. Dicha dimensión actúa como facilitadora de las otras dos dimensiones, motivo por el cual no se evalúa en el FACES III, instrumento diseñado acorde al Modelo Circumplejo de funcionamiento familiar (Rivero-Lazcano et. al, 2011).

De acuerdo a la teoría de Olson, el nivel de cohesión familiar, así como el nivel de adaptabilidad familiar, permiten categorizar a las familias hasta en ocho tipos, esto es, cuatro tipos de familia de acuerdo al grado de cohesión y cuatro tipos de familia de acuerdo al grado de adaptabilidad (Figura 1).

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
		Alto	CAOTICA	Extremo	Rango medio
Moderado	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
Moderado	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
Bajo	RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Figura 1. Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar (Olson, Russell & Sprenkle, 1989)

Así, de acuerdo al grado de cohesión, las familias pueden ser: *desligada* (presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema), *separada* (sus límites son semi-abiertos y cada individuo constituye un subsistema; sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares), *unida* (poseen límites claros y sus miembros tienen espacio para su desarrollo individual) y *enredada* (posee límites difusos, por lo que se dificulta identificar el rol de cada integrante).

Para el caso de los niveles de adaptabilidad, las familias pueden ser: *caótica* (ausencia de liderazgo, cambio de roles y disciplina ausente), *flexible* (caracterizada por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos), *estructurada* (los miembros tienden a compartir el liderazgo y roles, dándose cambios cuando sus miembros lo solicitan) y *rígida* (posee un liderazgo autoritario, roles fijos y disciplina rígida sin opción a cambios).

De estos cuatro tipos de familias por cada dimensión, los extremos bajos y extremos altos tanto de cohesión como de adaptabilidad, son disfuncionales (Figura 1). De esta manera, las familias *desligadas* (muy bajo/alto nivel de cohesión) y *enredada* (muy bajo/alto nivel de cohesión), son familias con niveles disfuncionales de cohesión. De manera similar, las familias *caóticas* (muy bajo/alto nivel de adaptabilidad) y *rígida* (muy bajo/alto nivel de adaptabilidad), son tipos de familia con un nivel disfuncional de adaptabilidad. En suma, estos cuatro tipos de familias disfuncionales son un obstáculo para el desarrollo individual y familiar positivo (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Así, diversas investigaciones afirman que un funcionamiento familiar negativo traerá como consecuencia pocas destrezas sociales y mayor vulnerabilidad en los adolescentes (Head & Williamson, 1990). Por ejemplo, algunos estudios previos sugieren que una percepción negativa del

vínculo emocional con los padres está asociado a sintomatología de TCA (e.g., Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2014).

El funcionamiento familiar y la sintomatología de TCA

Existen diversos estudios que han explorado la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de TCA, incluyendo síntomas como la obsesión por la delgadez, en la población general de adolescentes (e.g., González, Hidalgo, Hurtado, Nova & Venegas, 2002). En general, la evidencia derivada de estos estudios sugiere que la cohesión familiar y la adaptabilidad familiar están asociados negativa y significativamente con sintomatología de TCA en esta población (e.g. Ruíz-Martínez, Meza-Herrera, Laredo-Ramírez, Hernández-Moreno & Hernández, 2007).

Sin embargo, esta relación entre el riesgo a padecer trastornos de la conducta alimentaria y la familia ha sido considerada desde distintas perspectivas. Por ejemplo, se ha estudiado a la familia como factor de riesgo y como factor protector (Fonseca, Ireland & Resnick, 2002). En general los trastornos de la conducta alimentaria han sido asociados con un funcionamiento familiar perturbado o con interacciones familiares disfuncionales (Bonne, Lahat, Kfir, Berry, Katz & Bachar 2003).

Algunos estudios afirman que el funcionamiento familiar está íntimamente relacionado a la salud de sus miembros. Asimismo, se puede evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a la salud de los individuos. De este modo, se encontró que dentro de los factores protectores de la salud integral de los adolescentes se encuentran una estructura y dinámica familiar que satisfagan los procesos físicos y psicológicos de éste, un adecuado funcionamiento familiar y sentido de pertenencia familiar (Pineda & Aliño, 1999). Por el contrario, la disfuncionalidad familiar

estaría relacionada con el riesgo a que aparezcan diversos trastornos mentales en sus hijos, entre ellos los trastornos de la conducta alimentaria (Valdés, Serrano & Florenzano, 1995). Por otro lado, se han encontrado estudios que examinan la relación de los elementos fundamentales del funcionamiento familiar (i.e., cohesión y adaptabilidad) y la sintomatología de TCA. Para el caso de la *cohesión*, un estudio con adolescentes en Italia encontró que a mayor cohesión familiar existe menor riesgo de TCA, lo cual se evaluó con las escalas FACES III y EDI (Lampis, Agus & Cacciarru, 2013). Lo mismo ocurrió en el estudio con la *adaptabilidad* familiar, sugiriendo los autores que ambas dimensiones pueden tener una función protectora frente al desarrollo de los TCA (Lampis, Agus & Cacciarru, 2013). Otros estudios han confirmado consistentemente estos resultados, tal como lo evidencia la revisión sistemática de Langdon-Daly & Serpell (2017).

Por otro lado, en estudios previos se ha observado la importancia de la percepción del funcionamiento familiar por parte de los adolescentes (Korelitz & Garber, 2016). Esta percepción se refiere a la realidad subjetiva que tienen sus miembros en referencia al funcionamiento familiar (Korelitz & Garber, 2016). Los estudios señalan que la percepción de los adolescentes sobre sus familias podría influir en su ajuste psicológico y en la manera en cómo puedan superar los conflictos que se le presenten (Pineda & Aliño, 1999; Korelitz & Garber, 2016). En este sentido, es interesante notar que las personas afectadas con TCA tienden a percibir una dinámica familiar más negativa, caracterizada por bajos niveles de cohesión y adaptabilidad (Ruíz-Martínez et al., 2013). También, se halló que los pacientes que padecen de algún trastorno de la conducta alimentaria tienden a percibir mayor disfunción familiar que sus padres; y que, aquellos que tienen una percepción más positiva

acerca del funcionamiento familiar, tienen un mejor pronóstico en cuanto a la recuperación (Holtom-Viesel & Allan, 2014).

En una investigación, en la cual se estudió a familias con algún miembro que padece algún trastorno de la conducta alimentaria y familias control, se encontró que, si bien no existe un patrón típico de funcionamiento familiar en las familias con trastornos, las familias control presentan un mejor funcionamiento familiar que aquellas que tienen un miembro con algún trastorno de la conducta alimentaria (Holtom-Viesel & Allan, 2014).

En un estudio reciente con adolescentes se encontró que el funcionamiento familiar se relaciona negativamente con el riesgo de TCA, lo que incluía la obsesión por la delgadez (Laghi et al., 2016). Es interesante notar que este estudio encontró además diferencias de género, las cuales sugieren que algunas dimensiones del funcionamiento familiar son más importantes para los varones respecto a las mujeres. Así, el estudio encontró que en los varones el riesgo de TCA estuvo más influenciado por la percepción de menor cohesión y flexibilidad, mientras que para las mujeres sólo por la percepción de menor flexibilidad (Laghi et al., 2016). En una investigación sistemática que se llevó a cabo en Estados Unidos, se encontró que la comunicación positiva y la cohesión familiar son factores protectores para las mujeres, mientras que para los varones, el factor protector es la percepción que éstos tienen de las altas expectativas que sus padres tienen de ellos (Wang, Peterson, Mc Cormick & Bryn Austin, 2013).

En un estudio longitudinal reciente con adolescentes (Krug et al., 2016), se observó cómo una baja calidad en la relación con los padres se asocia con insatisfacción corporal, así como con problemas alimentarios. Específicamente, en este estudio con 1300 adolescentes (51.3% mujeres) se encontró que, en el caso de las mujeres, un bajo nivel de

cariño parental incrementaba notablemente el riesgo de obsesión por la delgadez, mientras que un bajo nivel de monitoreo parental incrementaba el riesgo de insatisfacción corporal (Krug et al., 2016). Además, los autores sugieren que la baja calidad en la relación con los padres (i.e., monitoreo, cariño), incrementan tanto el riesgo de obsesión por la delgadez, como insatisfacción corporal. Cabe notar que el estudio no encontró tales efectos en varones, aunque sugieren que puede deberse a los altos niveles de depresión, comúnmente presentes durante esta edad entre las mujeres (Krug et al., 2016).

Una investigación llevada a cabo en Estados Unidos, halló que a medida que los padres tengan mayor conocimiento acerca del paradero de sus hijos, el riesgo a que éstos presenten un trastorno de la conducta alimentaria, es menor (Berge, Wall, Larson, Eisenberg, Loth & Neumark-Sztainer, 2012).

Por otro lado, se propone que a mayor conocimiento tengan los padres acerca de lo que sus hijos hacen, así como, ejerzan menores niveles de control psicológico (coerción, manipulación), se obtendrá como resultado menor riesgo de dietas o conductas alimentarias disfuncionales (Berge, et al., 2014).

Otro estudio longitudinal con adolescentes en Italia encontró que la presencia de un bajo cuidado paternal y una sobreprotección materna estaban asociados a la obsesión por la delgadez, pero además esta relación estaba mediada por el autoconcepto. Aunque los autores no reportan otros análisis respecto al género, sí refieren que la relación entre autoconcepto y obsesión por la delgadez fue mayor en las mujeres, respecto de los varones (Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2014).

En nuestro país, se llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo identificar la relación entre la insatisfacción corporal y la cohesión y adaptabilidad familiar

en una muestra no clínica de 313 adolescentes mujeres de Arequipa. Los hallazgos indican que la cohesión resulta tener una asociación inversamente significativa a la presencia de insatisfacción corporal tal es así que a menor cohesión, mayor presencia de insatisfacción corporal y viceversa (Salazar, 2013).

Particularmente, para el caso de la obsesión por la delgadez y el lazo emocional con los padres, tal lazo puede estar caracterizado por una excesiva preocupación por la imagen corporal (Neumark-Sztainer, 2005). Sin embargo, poco se sabe sobre la relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez en la población adolescente (Ruíz-Martínez et al., 2013). Por este motivo, en la presente investigación se desea identificar si en la presente muestra de adolescentes de Lima (Perú) existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción del funcionamiento familiar del adolescente y la obsesión por la delgadez, tal como se ha observado en los estudios antes mencionados, así como en otras investigaciones (e.g., Alonso, 2005; Lundholm & Waters, 1991; Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008).

Específicamente, se plantea como objetivo determinar si existe una relación entre la percepción del funcionamiento familiar (i.e., cohesión y adaptabilidad) y la obsesión por la delgadez como indicador de riesgo de TCA en adolescentes hombres y mujeres de un colegio nacional de Lima. Así mismo, se tuvo como objetivo evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en estas tres variables (cohesión, adaptabilidad y obsesión por la delgadez). En el caso existiese tales relaciones, determinar si ésta es positiva o negativa. En cuanto a la hipótesis de la investigación, se plantea que existe una asociación negativa y estadísticamente significativa entre la percepción del

funcionamiento familiar (i.e., cohesión y adaptabilidad) y la obsesión por la delgadez en la presente muestra de adolescentes mujeres y varones de un colegio nacional de Lima.

Capítulo 2: Método

Diseño

En línea con el objetivo general de la investigación, se eligió un diseño de tipo correlacional, pues éste permite examinar el grado de asociación existente entre dos o más variables (Barker, Pistrang, & Elliott, 2016).

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La muestra fue elegida en base a los siguientes criterios: edad entre 16 y 18 años y pertenecer al cuarto o quinto grado de educación secundaria. Así, la muestra final estuvo conformada por 107 adolescentes ($M = 16.37$ años, $DE = 0.56$; 62 varones, 57,90% de la muestra total, $M = 16.47$ años, $DE = 0.62$; y 45 mujeres, 42,10% de la muestra total, $M = 16.24$ años, $DE = 0.44$), de un colegio nacional de Lima Metropolitana.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica

Se diseñó y utilizó este instrumento con la finalidad de obtener los siguientes datos: edad, sexo, número de hermanos y grado de instrucción en el que se encontraba el adolescente (Anexo 1).

Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, 1991)

El instrumento fue diseñado originalmente con un total de 64 ítems divididos en 8 subescalas (Garner, 1991). Diez años después, los autores adicionaron 27 ítems y 3 subescalas, configurándose así la nueva escala EDI-2. El EDI-2 es un cuestionario de autorreporte que mide características psicológicas y síntomas principalmente asociados a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (Thiel, 2006). La escala cuenta con 91 afirmaciones, de las cuales 27 son formuladas de manera inversa. Dichas afirmaciones se encuentran agrupadas en once subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. El formato de respuesta de la escala es de tipo Likert de 6 opciones: siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca. Respecto a la puntuación, si bien el manual de la prueba sugiere una puntuación (Siempre = 3, Casi Siempre = 2, A Menudo = 1, A Veces = 0, Pocas Veces = 0, Nunca = 0, para los ítems redactados de forma positiva, y una puntuación inversa a ella para los ítems negativos), en el presente estudio se siguió recomendaciones de estudios previos con poblaciones generales (Schoemaker, van Strien, & van der Staak, 1994). Específicamente, estos autores sugieren utilizar las puntuaciones sin transformar (de *Nunca* = 1 a *Siempre* = 6), en lugar de transformar las puntuaciones. Como bien se demuestra en su estudio con adolescentes de la población general, los análisis psicométricos fueron satisfactorios (Schoemaker et al., 1994).

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, una reciente revisión sistemática de estudios que reportan índices de confiabilidad tanto en muestras clínicas y no clínicas (Gleaves, Pearson, Ambwani & Morey, 2014), encontró índices alfa de Cronbach

altos para la escala total ($M_\alpha = .93$, $DE_\alpha = < .01$, 95% CI = .93 - .93 en muestras de adolescentes; $M_\alpha = .90$, $DE_\alpha = .06$, 95% CI = .84 - .96 en muestras no clínicas). Para el caso específico de la subescala Obsesión por la Delgadez, los índices alfa de Cronbach fueron también elevados ($M_\alpha = .84$, $DE_\alpha = .06$, 95% CI = .81 - .86 en muestras de adolescentes; $M_\alpha = .85$, $DE_\alpha = .05$, 95% CI = .83 - .87 en muestras no clínicas). En cuanto a la validez, otra revisión sistemática que incluyó datos de 43,722 participantes de 25 países diferentes (Podar & Allik, 2009), encontró que la estructura factorial del EDI fue casi idéntica tanto para muestras clínicas como no clínicas, así como para países occidentales y no occidentales. Esta invarianza sugiere que el EDI tiene una estructura factorial generalizable a diversas culturas y lenguajes (Podar & Allik, 2009).

En el presente estudio, inicialmente se apostó por utilizar las tres escalas indicadoras del riesgo de TCA (i.e., Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal). Sin embargo, debido a la pobre consistencia interna de las subescalas Bulimia e Insatisfacción Corporal (véase la siguiente sección de Resultados), así como la redundancia de tales mediciones (especialmente para el caso de Insatisfacción Corporal), se decidió utilizar sólo la subescala Obsesión por la Delgadez. Algunos estudios sobre invarianza de las subescalas obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, sugieren que la subescala obsesión por la delgadez presenta una invarianza total, mientras que en la subescala insatisfacción corporal tal invarianza es parcial (Elosua & Hermosilla, 2013). Por otro lado, esta decisión se apoya también en estudios previos similares que han realizado el mismo procedimiento (e.g., Peck & Lightsey, 2008). Por ejemplo, en el estudio de Peck & Lightsey (2008), los autores utilizaron la escala completa del EDI-2, pero las subescalas Perfeccionismo y Ascetismo tuvieron pobre consistencia interna (coeficientes alfa de .66 y .46, respectivamente). Como

señalan los autores, al ser la subescala Perfeccionismo redundante en su estudio (esta dimensión está capturada en los restantes constructos evaluados), y al tener pobre consistencia interna junto a la subescala Ascetismo, deciden eliminar ambas (Peck & Lightsey, 2008). De esta manera, en el presente estudio, luego de eliminar el ítem 1 por tener una muy pobre correlación ítem-test (véase sección de Resultados), el coeficiente alfa de Cronbach para la subescala Obsesión por la Delgadez fue .84. Es decir, tuvo una consistencia interna aceptable, además de presentar correlaciones ítem-test por encima de .45 (véase Anexo 7).

Family Adaptation and Cohesion Scales (FACES III; Olson, 1989)

Para explorar la cohesión y la adaptabilidad familiar se utilizó el FACES III, instrumento que tiene como finalidad identificar el tipo de familia, según las dimensiones de cohesión y adaptabilidad del Modelo Circumplejo propuesto por el autor (Olson, 1989). Asimismo, el FACES III está diseñado de tal manera que permite evaluar cómo perciben actualmente los individuos a su familia y cómo les gustaría que fuera, es decir, su ideal de familia. En la presente investigación se aplicará únicamente la primera parte, en la cual los individuos tienen que describir cómo es su familia, de modo que se puedan obtener resultados sobre la percepción del funcionamiento de sus familias. El FACES III contiene 20 ítems y es aplicable desde los 12 años de edad, ya sea de forma individual o colectiva. Dicho instrumento será evaluado mediante una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuestas: nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5). La puntuación se realiza a través de la suma simple del valor atribuido a cada uno de los ítems, donde los ítems impares evalúan cohesión, y los pares, adaptabilidad. A continuación, se verán los números de ítems que corresponden a cada factor. En cohesión familiar se

encuentra unión emocional (11, 19), apoyo o soporte (1, 17), límites familiares (7, 5), tiempo y amigos (9, 3) e interés y recreación (13, 15). En adaptabilidad familiar se encuentra liderazgo (6,18), control 12, 2), disciplina (4, 10) y roles y reglas (8, 16, 20, 14).

En cuanto a las propiedades psicométricas del FACES III, se han realizado numerosas investigaciones para validar el instrumento, en distintos países y con diversas poblaciones. Por ejemplo, en Argentina el FACES III fue validado a partir del estudio con familias de drogodependientes mostrando adecuados índices de validez y confiabilidad y permitiendo discriminar entre las mismas y familias controles (Schmidt, 2001; 2002) Asimismo, la confiabilidad y validez del FACES III ha sido evaluada en México, concluyendo los autores de la investigación que el FACES III es una prueba fiable y válida (Rosas, Clavelina, Trillo, Coria, & Ibáñez, 2002).

En el Perú, la adaptación del FACES III ha sido realizada por Reusche (1994), a través de una evaluación del contenido por criterio de jueces y de un análisis psicométrico. La autora aplicó el FACES III en una muestra de 443 adolescentes de ambos géneros, estudiantes de secundaria pertenecientes a un nivel sociocultural medio de Lima. Los resultados revelaron la confiabilidad del instrumento, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.77 para cohesión y 0.62 para la adaptabilidad. Asimismo, la confiabilidad determinada por test-retest, con intervalos de 4 a 5 semanas, arrojó para cohesión $r = 0.83$; y para adaptabilidad $r = 0.80$.

En el presente estudio, los índices de confiabilidad alfa de Cronbach fueron altos, siendo de .91 para la subescala de Cohesión y .79 para la subescala de Adaptabilidad.

Procedimiento

En primer lugar, se estableció un acuerdo con un colegio público de Lima para poder llevar a cabo la presente investigación. Para ello, la dirección de la carrera de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas envió una carta de presentación dirigida a la dirección del colegio, con el fin de obtener los permisos necesarios para la investigación. De este modo, se realizaron las coordinaciones necesarias con el director de la escuela y los psicólogos que trabajaban en ella. Asimismo, se preparó un consentimiento informado (Anexo 2), el cual estuvo dirigido a los padres de los alumnos y en el cual se señalan, mediante un lenguaje claro, los objetivos del estudio. En el consentimiento informado se les informó que se mantendría el anonimato, así como confidencialidad en los resultados obtenidos. De igual manera, con el fin de garantizar la participación voluntaria en todo momento, se les informó que durante la evaluación cualquier participante podría abandonar la evaluación si así lo deseara. Este consentimiento informado debió ser firmado por los padres para aceptar la participación de sus hijos en la investigación.

En segundo lugar, se procedió con la aplicación de las pruebas: El *Eating Disorder Inventory* (EDI-2), la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (FACES III) y la ficha sociodemográfica. La aplicación estuvo dirigida por las profesoras encargadas de cada aula, previa coordinación con la encargada de esta investigación. A los participantes se les explicó detenidamente las instrucciones, haciéndoles saber que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la sinceridad es lo primordial. Es importante mencionar que la participación en la investigación fue en todo momento voluntaria. Se resguardó el anonimato, la privacidad y la confidencialidad de los participantes en todo momento.

Asimismo, a los participantes, se les brindó la oportunidad de formular cualquier pregunta referida a su participación y se respetó la autonomía, informándoles que tienen libertad para declinar su participación o interrumpir la misma en cualquier momento de la administración de los instrumentos. La aplicación de los instrumentos se realizó en un espacio adecuado, controlando aquellos estímulos que podrían interferir en los procesos de atención y concentración de los evaluados. En total, participaron en esta investigación 107 adolescentes de ambos sexos, alumnos pertenecientes al 4° y 5° grado de educación secundaria.

Luego, con los datos recogidos, se procedió a diseñar una base de datos, ingresando la información recaudada. Esto se realizó con el fin de realizar el análisis estadístico de los datos a través del programa IBM SPSS versión 24. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo, donde se hallaron las frecuencias simples y porcentuales para verificar el correcto ingreso de los mismos en la base de datos. De este modo, se realizaron las correcciones necesarias y se caracterizó la muestra de estudio. Luego de esto, se examinó la distribución de los datos para ver si los datos tenían una distribución normal. A continuación, se evaluó la correlación entre las variables de estudio.

Capítulo 3: Resultados

En el presente estudio, se evaluó inicialmente la consistencia interna de las subescalas específicamente asociadas a TCA: Bulimia, Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez, las cuales se utilizan para evaluar el riesgo de TCA (Garner, 1991). En estos resultados iniciales con toda la muestra, pudo observarse un índice alfa de Cronbach marginalmente aceptable (.69) en la subescala Bulimia (Anexo 6). Así mismo, se encontró correlaciones ítem-test corregidas muy bajas para el ítem 5 de la subescala Bulimia, marginalmente baja para el ítem 38 de la misma subescala y muy baja para el ítem 1 de la subescala Obsesión por la Delgadez (Anexo 7). La consistencia interna de la subescala Bulimia no mejoró eliminando tales ítems por lo que se desestimó su uso. Sin embargo, eliminando el ítem 1 (i.e., “Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme”), pudo observarse una adecuada consistencia interna en la subescala Obsesión Delgadez. Por tal motivo, así como los motivos señalados en la sección de método, se optó por utilizar sólo la subescala Obsesión Delgadez y eliminando el ítem 1. De esta manera, la subescala Obsesión por la Delgadez obtuvo un índice elevado de consistencia interna, siendo el coeficiente alfa de Cronbach de .84 (ver Anexo 7).

A continuación, se evaluó la distribución de los datos de cada subescala (i.e., Obsesión por la Delgadez, Adaptabilidad, Cohesión), para saber si la distribución de los datos era normal o no en la muestra. Como era de esperarse para una muestra lo suficientemente grande (i.e., mayor a 100 en este estudio; véase Pallant, 2016), los valores de la prueba estadística Shapiro-Wilk fueron significativos tanto para las subescalas del

FACES III como para la subescala Obsesión por la Delgadez del EDI-2. Exactamente, los coeficientes obtenidos para esta prueba fueron: $W(107) = 0.93$ ($p < .001$) para la subescala Cohesión y $W(107) = 0.94$ ($p < .001$) tanto para la subescala Adaptabilidad como para la subescala Obsesión por la Delgadez del EDI-2. Estos valores, al ser estadísticamente significativos, indicarían una violación del supuesto de normalidad. Sin embargo, el tamaño de la muestra y la información suplementaria provista por la inspección visual de los datos (histogramas, gráficos Q-Q, diagramas de caja), así como los coeficientes de asimetría (*skewness*), menores a 2.00 y cercanos a cero ($S = -0.43$, $DE = 0.23$ para Cohesión; $S = -0.38$, $DE = 0.23$ para Adaptabilidad), sugieren en conjunto que los subsecuentes análisis serán lo suficientemente tolerantes o robustos al supuesto de normalidad (Muthén & Kaplan, 1985; Pallant, 2016; Tabachnick & Fidel, 2013).

A continuación, se procedió a evaluar las correlaciones entre las variables (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones y puntajes medios para las variables.

Variabes	1	2	3	4
1. FACES-III-C	-	.85**	.04	-.22
2. FACES-III-A	.74**	-	.08	-.09
3. EDI-2-OD	-.35**	-.26*	-	.15
4. Edad	-.22	-.01	.03	-

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$. Las correlaciones por encima de la diagonal pertenecen al grupo de mujeres ($n = 45$) y la de abajo a los hombres ($n = 62$). FACES-III-C = Subescala Cohesión del FACES-III; FACES-III-A = Subescala Adaptabilidad del FACES-III; EDI-2-OD = Subescala Obsesión por la Delgadez del EDI-2.

Las correlaciones para la muestra total fueron negativas y estadísticamente significativas entre obsesión por la delgadez y cohesión familiar ($r = -.32$; $p < .001$), así como entre

obsesión por la delgadez y adaptabilidad familiar ($r = -.26; p < .001$). En otras palabras, estos resultados sugieren que, en esta muestra, a mayor cohesión familiar y/o adaptación familiar, menor obsesión por la delgadez. Este mismo patrón se repite cuando se observan los resultados por género (Tabla 1), aunque solo en los varones. Por el contrario, en las mujeres la obsesión por la delgadez no correlacionó significativamente con ninguna de las variables de funcionamiento familiar.

Luego del análisis correlacional, se procedió con las comparaciones de los puntajes por sexo (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticas descriptivas y prueba T para las variables de estudio.

Variables	Hombres	Mujeres	<i>t</i> (gl)	95% IC	
	(<i>n</i> = 62)	(<i>n</i> = 45)		<i>LI</i>	<i>LS</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
1. FACES-III-C	33.19 (8.01)	24.80 (10.52)	4.49 (79)*	4.67	12.12
2. FACES-III-A	25.00 (5.68)	19.60 (6.88)	4.31 (84)*	2.91	7.89
3. EDI-2-OD	13.47 (6.14)	19.87 (6.19)	-5.25 (105)*	-8.73	-3.94
4. Edad	16.47 (0.62)	16.24 (0.44)	2.19 (105)**	0.02	0.43

Nota. * $p < .001$; ** $p < .05$; IC = intervalo de confianza; *LI* = límite inferior; *LS* = límite superior; FACES-III-C = Subescala Cohesión del FACES-III; FACES-III-A = Subescala Adaptabilidad del FACES-III; EDI-2-OD = subescala Obsesión por la Delgadez del EDI-2.

En estos análisis comparativos se pudo observar que hay diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres en todas las subescalas. Específicamente, estos resultados comparativos sugieren que los hombres perciben que en su familia existe mayor cohesión y adaptabilidad, en comparación a las mujeres. Por su parte, las mujeres reportan mayores niveles de obsesión por la delgadez que los hombres (Tabla 2).

Capítulo 4: Discusión

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre la percepción del funcionamiento familiar (i.e., según niveles de cohesión y adaptabilidad) y la obsesión por la delgadez (i.e., como indicador de riesgo de TCA) en adolescentes hombres y mujeres de un colegio nacional de Lima. Así mismo, se tuvo como objetivo evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en estas tres variables (cohesión, adaptabilidad y obsesión por la delgadez). Para ello, se planteó como hipótesis que existe una asociación negativa y estadísticamente significativa entre la percepción del funcionamiento familiar (i.e., cohesión y adaptabilidad) y la obsesión por la delgadez en la muestra. A continuación, se discuten los hallazgos obtenidos en el presente estudio.

Funcionamiento familiar y obsesión por la delgadez

De acuerdo con las hipótesis planteadas, se encontró que tanto la cohesión como la adaptabilidad tienen una correlación negativa y estadísticamente significativa con la obsesión por la delgadez. Si bien existen diversos estudios que han evaluado la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de TCA, son reducidos los estudios en muestras de adolescentes varones y mujeres que evalúan específicamente la relación entre cohesión familiar, adaptabilidad familiar y obsesión por la delgadez. En términos generales y en coincidencia con los pocos estudios existentes, nuestros resultados son semejantes con estudios que han evaluado la relación entre cohesión familiar, adaptabilidad familiar, y obsesión por la delgadez. Por ejemplo, en el estudio de Cella, Iannaccone & Cotrufo

(2014), se encontró que la obsesión por la delgadez estuvo significativamente correlacionada con percepciones de altos niveles de sobreprotección parental en una muestra de 3158 adolescentes de educación secundaria (entre 14 y 18 años, $M = 15.76$, $DE = 1.30$; $n = 1132$ varones y $n = 2026$ mujeres).

Así también, los resultados del presente estudio coinciden con una investigación llevada a cabo en Italia, la cual evaluó el funcionamiento familiar y el riesgo de TCA. En el estudio participó una muestra de 1083 adolescentes entre 14 y 19 años ($M = 15.9$, $DE = 1.4$; 55% mujeres, 45% varones). Al igual que el presente estudio, los investigadores emplearon también las escalas del FACES III y el EDI 2. Además, dividieron la muestra en dos grupos, aquellos con alto riesgo de TCA y aquellos con bajo riesgo de TCA, en base a los resultados del cuestionario EDI 2. Como resultado obtuvieron que conforme incrementa el nivel de adaptabilidad familiar, llegando al extremo de la rigidez, incrementa también el riesgo de TCA (Lampis, Agus & Cacciarru, 2013).

Otro estudio, llevado a cabo en Italia con una muestra de 727 adolescentes escolares de ambos sexos entre los 15 y 18 años, en la cual, al igual que en la presente investigación, la población de varones es mayor a la población femenina ($N = 500$ varones, $M = 16.21$, $DE = 1.22$; $N = 227$ mujeres, $M = 16.12$, $DE = 1.17$), coincide también con los resultados obtenidos en el presente estudio, pues menciona que los adolescentes que perciben un pobre funcionamiento familiar, presentan mayor riesgo de trastorno alimentario, riesgo que fue medido incluyendo la subescala obsesión por la delgadez del EDI-3 (Laghi, Mc Phie, Baumgartner, Rawana, Pompili & Baiocco, 2016). Así también, la misma investigación menciona que, cuando los varones perciben a su familia como desligada (nivel muy bajo de

cohesión) o enmarañada (nivel muy alto de cohesión), aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

En otro estudio en nuestra región sobre funcionamiento familiar y riesgo de TCA en una muestra de adolescentes escolares de educación secundaria de Chile, se encontró que el manejo inadecuado de conflictos en la familia estuvo correlacionado positiva y significativamente con la obsesión por la delgadez ($N = 296$ mujeres, $M = 16.12$ años de edad, $DE = 1.22$). Esta diferencia con respecto a nuestros resultados puede explicarse, principalmente, por la muestra, pues estuvo compuesta por una población exclusivamente femenina (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008), mientras que en el presente estudio la muestra de mujeres fue reducida.

También, en un estudio con una muestra de adolescentes escolares en Chile ($N = 398$ mujeres, $M = 16.7$ años, $DE = 1.25$), González et al. (2002) encontraron una correlación negativa entre cohesión y adaptabilidad familiar con puntajes altos en el EDI-2, es decir, encontraron que a menor cohesión y adaptabilidad familiar mayor riesgo de TCA.

Por último, en el caso de personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria, con altos niveles de obsesión por la delgadez, tienden a percibir a sus familias bastante menos adaptables, menos cohesionadas y con una comunicación bastante pobre, en comparación con adolescentes que no padecen TCA (Cruzat et al., 2008; Beato, Rodríguez, Belmonte & Martínez, 2004).

En suma, nuestro estudio coincide con los escasos estudios que han evaluado el funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez en adolescentes (Rodgers, 2012), observándose que la cohesión y adaptabilidad familiar se asocian a la obsesión por la delgadez. En tal sentido, resulta oportuno resaltar que, si bien la familia y particularmente

los padres pueden influir en los niveles de obsesión por la delgadez de sus hijos, no existe evidencia de una relación causal. De hecho, la mayoría de estudios sugieren que existe una amplia diversidad en las características de las familias y no necesariamente un “tipo” de familia que promueva la obsesión por la delgadez o el riesgo de TCA (1-Viesel & Allan, 2014). En todo caso, la evidencia sugiere que, hasta cierto punto, algunos aspectos del funcionamiento familiar están asociados con la imagen corporal (Rodgers, 2012). Incluso aspectos familiares como una comunicación negativa parecen estar relacionados con preocupaciones en torno a la imagen corporal (Rodgers, 2012). Sin embargo, la evidencia sugiere también que las actitudes y conductas relacionadas a la imagen corporal en la familia, influyen a su vez en el sistema familiar, por lo que actualmente no es posible establecer la dirección de causalidad en estas relaciones, ya que no han sido establecidas en ningún estudio (Rodgers, 2012).

En este sentido, los resultados de la presente investigación pueden dar lugar a más investigaciones que evalúen otros aspectos del funcionamiento familiar no evaluados en este estudio. Por ejemplo, estudios futuros pueden evaluar otros factores que pueden influir en la imagen corporal y la obsesión por la delgadez. Por ejemplo, aspectos culturales relacionados a la familia, como son los patrones de comunicación familiar (e.g., Kağıtçıbaşı & Yalin, 2015), las conductas familiares que incrementan el nivel de exposición a los medios de comunicación y que promueven la obsesión por la delgadez (Pearl, Dovidio, Puhl, & Brownell, 2015), entre otros.

Por otro lado, estudios futuros pueden focalizarse en factores protectores tales como los comentarios positivos de los padres, particularmente del sexo opuesto, que parece relacionarse con una mayor autoestima y una imagen corporal más positiva (Ricciardelli,

2012). Esto es importante porque la mayoría de estudios se han enfocado en una imagen corporal negativa. En tal sentido, sería interesante que futuras investigaciones se enfoquen en la imagen corporal positiva. De hecho, estudios recientes sugieren seis áreas de desarrollo en investigación de imagen corporal positiva, entre ellas las interacciones sociales (Halliwell, 2015), que pueden ser estudiados en relación al funcionamiento familiar. Así mismo, también es importante sugerir que las iniciativas de promoción y prevención de TCA consideren otros aspectos positivos tales como la aceptación de la imagen corporal propia por parte del adolescente, lo cual implica, generalmente, tomar una perspectiva integral de prevención de problemas relacionados con la alimentación y el peso (Mazzeo, Gow, & Palmberg, 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Webb, Wood-Barcalow, & Tylka, 2015).

Finalmente, estos resultados tienen implicancias al nivel del trabajo psicológico profesional tanto con los padres como con los adolescentes. Es importante informar a los padres que los adolescentes, y particularmente las mujeres, tienden a poner mucha importancia en su imagen corporal, la cual puede evidenciarse a través de algunas actitudes y conductas. En este sentido, es importante que los padres conozcan e identifiquen cuándo estas preocupaciones por el cuerpo y la belleza pueden convertirse en un problema mayor. Por ejemplo, la experta Dianne Neumark-Sztainer provee una serie de recomendaciones para los padres con el fin de reducir las preocupaciones que los adolescentes puedan tener en relación a su imagen corporal, tales como mantener una comunicación constante con los hijos para conocer sus preocupaciones (Neumark-Sztainer, 2005).

Diferencias de género

Por otro lado, en el presente estudio, los resultados comparativos sugieren que los hombres perciben que en su familia existe mayor cohesión y adaptabilidad, en comparación a las mujeres. En primer lugar, es importante mencionar que existen pocos estudios que hayan evaluado el funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez comparando ambos géneros en muestras de la población general adolescente. Sin embargo, un estudio reciente con adolescentes (500 varones y 227 mujeres, $M = 16.19$ años, $DE = 1.21$) reportó diferencias de género en cuanto a la percepción del funcionamiento familiar, donde las mujeres con riesgo de TCA perciben a sus familias con pobres niveles de adaptabilidad y con dificultad para cambiar su estructura cuando sea necesario. Con respecto a los varones, se encontró que aquellos que presentan mayor riesgo de TCA, perciben a sus familias con bajos niveles de cohesión y adaptabilidad (Laghi et al., 2016).

Por otro lado, en un estudio longitudinal con una muestra grande de adolescentes ($N = 1774$), se encontró también diferencias de género respecto a la percepción de cohesión familiar (Crespo, Kielikowski, Jose & Pryor, 2010). Sin embargo, el hallazgo difiere del presente estudio en tanto que se encontró que estas diferencias de género se dieron a lo largo del tiempo del estudio. Específicamente, Crespo et al. (2010), encontraron que altos niveles de cohesión familiar predicen altos niveles de insatisfacción corporal, aunque esto se dio sólo en mujeres y no en varones.

Por otro lado, en el presente estudio también se observaron diferencias de género en cuanto a los niveles de obsesión por la delgadez, donde se obtiene que las mujeres presentan puntuaciones más altas con respecto a los varones, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Dicho resultado es poco sorprendente considerando la numerosa evidencia que coincide con este hallazgo (Keel, Baxter, Heatherton & Joiner,

2007; Phares, Steinberg & Thompson, 2004). En particular, tal diferencia de género se puede explicar por la evidencia existente en torno a un mayor nivel de insatisfacción corporal que presentan las mujeres, en comparación a los varones. Debido a esta insatisfacción corporal, más común en mujeres, existe mayor probabilidad de que se presente la obsesión por la delgadez (Ricciardelli & Yager, 2016). Por otro lado, el modelo sociocultural sugiere que particularmente los medios de comunicación, los pares y la familia, son fuentes de presiones socioculturales que, a manera de mensajes, promueven un ideal de la delgadez corporal (Thompson, Heinberg, Altabe & Tanleff, 1999). Estas presiones socioculturales son, en su mayoría, dirigidas hacia las mujeres a través de estos mensajes y esto podría eventualmente explicar estas diferencias de género. Por ejemplo, en un estudio longitudinal con una muestra de adolescentes de ambos sexos ($N = 1774$, $M = 12.13$, $SD = 1.73$) se evidenció dicha diferencia de género, y se encontró además una asociación entre la cohesión familiar y la satisfacción corporal (Crespo et al., 2010).

En suma, los hallazgos del presente estudio junto con los resultados de los escasos estudios previos, sugieren que la percepción del funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad), se asocia a la obsesión por la delgadez en función al género. Es decir, el género parece actuar como una variable mediadora (MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007) entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez. Se sugiere que futuros estudios examinen esta mediación en una muestra similar a la del presente estudio, de modo que pueda haber una generalización a nivel de población.

Limitaciones

Los resultados de la presente investigación son importantes en tanto es uno de los escasos estudios en el Perú que ha evaluado el funcionamiento familiar y la obsesión por la

delgadez en una muestra adolescente mayoritariamente masculina. Sin embargo, es importante mencionar que en la presente investigación se presentaron ciertas limitaciones.

En primer lugar, se puede cuestionar el tamaño de la muestra ($N = 107$), lo cual estuvo sujeto principalmente al acceso a la población de estudio. Como se mencionó en el método, la muestra fue no probabilística de tipo intencional, pues, por diversos motivos no se pudo acceder a una muestra mayor. Por este motivo, un tamaño reducido de muestra puede haber influido en los análisis estadísticos. Así también, el número de varones fue mayor. Sin embargo, al mismo tiempo es importante mencionar que existen escasos estudios sobre la obsesión por la delgadez en la población masculina adolescente del Perú. De hecho, la mayoría de estudios realizados en el Perú, han estado en relación al riesgo o padecimiento de un TCA y mayoritariamente en mujeres. En este sentido, diversos autores resaltan la importancia de evaluar a la población masculina adolescente, en general, respecto a cómo la familia y los pares pueden influir en la percepción de la imagen corporal, y cómo esta influencia puede variar dependiendo del género (Quiles, Quiles, Pamies, Botella & Treasure, 2013).

En segundo lugar, en el presente estudio se encontraron dificultades en torno al uso del instrumento EDI 2. Dicha prueba consta de 92 ítems, longitud y tiempo que puede influir en la motivación del adolescente para responder a cada ítem apropiadamente (Tourangeau, Rips & Rasinski, 2015), aunque esto se procuró prever antes y durante la aplicación de las pruebas. Así mismo, el funcionamiento psicométrico de la escala EDI 2 presentó una serie de inconsistencias durante los diversos análisis iniciales de confiabilidad. Estudios de revisión de las propiedades psicométricas del EDI 2 revelan que, aunque la escala es válida y confiable en la mayoría de estudios, la consistencia interna de la escala

tiende a ser mayor en muestras de adultos y muestras de personas con TCA, en comparación a muestras de la población general de adolescentes y de género masculino (Gleaves, Pearson, Ambwani & Morey, 2014). En este sentido, en el presente estudio se optó por seguir la recomendación de utilizar los puntajes no transformados de la escala (Schoemaker et al., 1994) y se utilizó la subescala del EDI 2 que en la presente muestra presentó el nivel más aceptable de confiabilidad, la subescala Obsesión por la Delgadez.

En tercer lugar, es importante mencionar que en un inicio se quiso considera el nivel socioeconómico como una variable de la investigación; sin embargo, no se pudo evaluar debido a que resultó bastante complejo. Esto hace que la investigación no pueda ser generalizable en la población tomando como referencia el nivel socioeconómico. Por tal motivo, sería interesante plantear una investigación futura donde se pueda hacer un estudio más profundo sobre la prevalencia de trastornos alimentarios tomando en cuenta el funcionamiento familiar y el nivel socioeconómico.

Otra de las limitaciones encontradas fue el escaso número de investigaciones que evalúan la relación entre funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez en la población masculina adolescente, tal como lo revelan estudios previos también (Quiles, et al., 2013). Ello no ha permitido comparar los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios, motivo por el cual se sugiere que se realicen más investigaciones con la población masculina adolescente, evaluando el funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez.

Por otro lado, esta investigación tiene implicaciones que es relevante mencionar. En primer lugar, los resultados sugieren que, al menos en los varones, la cohesión y la adaptabilidad familiar están negativamente asociados a la obsesión por la delgadez. Como

se ha mencionado anteriormente, la obsesión por la delgadez está asociada a actitudes y conductas que pueden poner en riesgo la salud y bienestar del adolescente. Por ello, estudios previos sugieren que es importante promover patrones de conducta y funcionamiento familiar adecuados que puedan influir de manera positiva en la percepción de la imagen corporal de los adolescentes (Krug et al., 2016). En este sentido, existen diversos países en los que se realizan programas de intervención que buscan promover una imagen corporal positiva en adolescentes y están dirigidos a los padres de éstos (Ciao, Loth & Neumark-Sztainer, 2014). La evidencia sugiere que estos programas de intervención son eficaces y por ello sería oportuno que se implementen también en el Perú a nivel de salud pública y a modo de prevención de problemas relacionados con la alimentación y el peso.

Por otro lado, con los resultados obtenidos en esta investigación surgen otras interrogantes para futuras investigaciones. En primer lugar, considero importante realizar más investigaciones en las que pueda conocerse con mayor certeza la relación entre percepción del funcionamiento familiar y obsesión por la delgadez en varones. Si bien es cierto, existen numerosas investigaciones que exploran estas dos variables en muestras de adolescentes mujeres, existen escasas investigaciones que relacionen ambas variables en muestras masculinas. Por tal motivo, considero importante hacer un estudio más exhaustivo en este tema. Finalmente, también es importante notar que la muestra del presente estudio proviene de un colegio público de Lima (Perú), población que debería ser más estudiada ya que la mayoría de estudios que han evaluado la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez, se han realizado en otros países (generalmente afluentes), en muestras de mujeres y mayormente jóvenes adultos universitarias.

Conclusiones

En conclusión, a partir de los resultados de la presente investigación, se corrobora la hipótesis planteada, la cual afirma que existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez en la muestra general. Sin embargo, en la población femenina no se encontró esta correlación entre las variables de estudio. Por otro lado, en este estudio, los resultados comparativos sugieren que los hombres perciben que en su familia existe mayor cohesión y adaptabilidad, en comparación a las mujeres. Por el contrario, las mujeres refirieron mayores niveles de obsesión por la delgadez. Se sugieren más estudios con participantes varones y con características sociodemográficas similares a las del presente estudio.

Referencias

- Alonso, P (2005). *Discrepancia entre padres e hijos en la percepción del funcionamiento familiar y desarrollo de la autonomía adolescente*. (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners* (3rd ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Beato F. L., Rodríguez, C. T., Belmonte, L. A. & Martínez, D. C. (2004). Risk factor for eating disorders in adolescents: A Spanish community based longitudinal study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294.
- Berge, J. M., Wall, M. M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. R. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9478-1>
- Bernárdez, M., Fernández, M., Míguelez, J., Rodríguez, M., Carnero, J. (2009). Diferencias en la autopercepción de la imagen corporal mediante la estimación del peso en

- universitarios de distintos ámbitos de conocimiento. *ANS, Alimentación, Nutrición y Salud*, 16(2), 54-59.
- Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E., Katz, M. & Bachar, E. (2003). Parent-daughter discrepancies in perception of family function in Bulimia Nervosa. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66(3), 244-254. <https://doi.org/10.1521/psyc.66.3.244.25154>
- Bordo, S. (2013). Not just “a white girl’s thing”: The changing face of food and body image problems. In C. Counihan & P. van Esterik (Eds.), *Food and culture: A reader* (3rd ed., pp. 265–275). New York, NY: Routledge
- Bullen, M. L. & Pecharromán, B. (2005). Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. *BIBLID*, 27, 179-186.
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2014). How perceived parental bondings affects self-concept and drive for thinness: A community-based study. *Eating Behaviors*, 15(1), 110-115. <http://doi.org/0.1016/j.eatbeth.2013.10.024>
- Ciao, A. C., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. R. (2014). Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current Psychiatry Reports*, 16(7), 453. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Jose, P. E., & Pryor, J. (2010). Relationships between family connectedness and body satisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1392–1401. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9433-9>

- Cruzat, C, Ramirez, P, Melipillán, R, & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de concepción. *Psyche*, 17(1), 81-90.
- Elosua, P., & Hermosilla, D. (2013). Does body dissatisfaction have the same meaning for males and females? A measurement invariance study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 63(5), 315–321. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.06.002>
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M., & Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermería Herediana*, 6(2), 51–58.
- Fonseca, H., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 441–448. <https://doi.org/10.1002/eat.10078>
- Franco, M (2013) *Estrés y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Lima*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú).
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gleaves, D. H., Pearson, C. A., Ambwani, S., & Morey, L. C. (2014). Measuring eating disorder attitudes and behaviors: A reliability generalization study. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-6>

- González, L.; Hidalgo, M.; Hurtado, M.; Nova, C. & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(1), 91-115.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2nd ed.). London: Routledge.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Haworth-Hoepfner, S. (2017). *Family, culture, and self in the development of eating disorders*. New York, NY: Routledge.
- Head, S. B. & Williamson, D. E. (1990). Association of family environment and personality disturbances in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 667-674.
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.005>
- Herrera, T. (2008). *Validez y confiabilidad del Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ITA) en una muestra de adolescentes varones universitarios y pre universitarios*

de Lima Metropolitana. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú).

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2012). Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao. *Revista Anales de Salud Mental*, 28(1), Suplemento.

Kağitçibaşı, Çiğdem, & Yalin, C. (2015). Family in adolescence: Relatedness and autonomy across cultures. In L. A. Jensen (Ed.), *The Oxford handbook of human development and culture: An interdisciplinary perspective* (pp. 410–424). New York, NY: Oxford University Press.

Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 422–432. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.422>

Kirszman, D. & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Tea Ediciones S.A.

Krug, I., King, R. M., Youssef, G. J., Sorabji, A., Wertheim, E. H., Le Grange, D., ... Olsson, C. A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*, 105, 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.015>

Ladines, A. & Marín, J. (2012). *Perfil del adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca).

Laghi, F., McPhie, M. L., Baumgartner, E., Rawana, J. S., Pompili, S., & Baiocco, R. (2016). Family functioning and dysfunctional eating among Italian adolescents:

- The moderating role of gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 43–52. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0543-1>
- Lampis, J., Agus, M., & Cacciarru, B. (2013). Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: An investigation amongst Italian teenagers. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 309–324.
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: A systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0141-7>
- Lundholm, J. K., & Waters, J. E. (1991). Dysfunctional family systems: Relationship to disordered eating behaviors among university women. *Journal of Substance Abuse*, 3(1), 97–106. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(05\)80010-0](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(05)80010-0)
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 593–614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387–1391.
- Mazzeo, S. E., Gow, R. W., & Palmberg, A. (2015). Integration of obesity and eating disorders prevention: A holistic approach to wellness in elementary schools. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley handbook of eating disorders* (Vol. 2, pp. 669–680). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Muthén, B. O., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and*

Statistical Psychology, 38(2), 171–189.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>

Neumark-Sztainer, D. R. (2005). *I'm, like, so fat! Helping your teen make healthy choices about eating and exercise in a weight-obsessed world*. New York, NY: The Guilford Press.

Olson, D. H. (1989). Family assessment and intervention: The circumplex model of family systems. *Child and Youth Services*, 11(1), 9–48.
https://doi.org/10.1300/J024v11n01_02

Olson, D. H. (1996). Clinical assessment and treatment interventions using the family circumplex model. En F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 59-80). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families*. New York, NY: Routledge.

Olatunji, B. O., Broman-Fulks, J. J., Ciesielski, B. G., Zawilinski, L. L., Shewmaker, S., & Wall, D. (2012). A taxometric investigation of the latent structure of eating disorders. *Psychiatry Research*, 197(1), 97–102.

Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, 18(4), 1-25.

Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Pearl, R. L., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2015). Exposure to weight-stigmatizing media: Effects on exercise intentions, motivation, and behavior.

- Journal of Health Communication*, 20(9), 1004–1013.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018601>
- Peck, L. D., & Lightsey, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184–192.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00496.x>
- Pineda, S & Aliño, M (1999). El concepto de adolescencia. En: R Marques Gálvez & E. F. Colas Pérez. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia* (pp. 15-23). La Habana: MINSAP
- Phares, V., Steinberg, A. R., & Thompson, J. K. (2004). Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 421–429. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000037634.18749.20>
- Podar, I., Allik, J. (2009). A cross-cultural comparison of the Eating Disorder Inventory. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 346-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/20016>
- Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M. J., Pamies Aubalat, L., Botella Ausina, J., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199–206.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>
- Reusche, R.M. (1994). *El modelo Circumplejo de funcionamiento familiar en la estructura familiar de adolescentes de nivel socio-económico medio: un estudio exploratorio en residentes en Lima*. (Tesis de maestría). Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

- Ricciardelli, L. A., & Yager, Z. (2016). *Adolescence and body image: From development to preventing dissatisfaction*. New York, NY: Routledge.
- Rivero-Lazcano, N.; Martínez-Pampliega, A. & Iraurgi, I. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicossomáticos. *Clínica y Salud*, 22, (2), 175-186.
- Rodgers, R. F. (2012). Body image: Familial influences. In *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 219–225). London: Academic Press.
- Rosas, E. R. P., Clavelina, F. J. G., Trillo, M. T., Coria, A. E. I., & Ibáñez, S. L. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624–630. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79124-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79124-5)
- Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: An update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders*, 3(2), 198–220. <https://doi.org/10.1080/21662630.2014.940549>
- Ruíz-Martínez, A. O., Meza-Herrera, S., Laredo-Ramírez, M. G., Hernández-Moreno, D. Y., & Hernández, M. S. R. (2007). Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar. *Episteme*, 3(10).
- Salazar, P. (2013) Relación entre insatisfacción corporal y cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes mujeres. *Tesis de Licenciatura en Psicología*. Universidad Católica San Pablo. Arequipa, Perú.
- Schoemaker, C., van Strien, T., & van der Staak, C. (1994). Validation of the Eating Disorders Inventory in a nonclinical population using transformed and

- untransformed responses. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 387–393. <https://doi.org/10.1002/eat.2260150409>
- Slater, A., Tiggerman, M., Hawkins, K. & Werchon, D. (2012). Just one click: A content analysis of advertisements on teen Web sites. *Journal of Adolescent Health*, 50(4), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.003>
- Szabo, C. P. (2015). Prevalence and incidence of eating disorders in underrepresented countries. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley handbook of eating disorders* (pp. 79–92). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Thiel, A., & Paul, T. (2006). Test–retest reliability of the Eating Disorder Inventory 2. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 567–569. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.02.015>
- Thompson JK; Heinberg LJ; Altabe M; Tanleff Dunn S (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tourangeau R., Rips L. J., & Rasinski K. *The psychology of survey response*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tylka, T. L., & Calogero, R. M. (2011). Fiction, fashion, and function finale: An introduction and conclusion to the special issue on gendered body image, Part III. *Sex Roles*, 65(7–8), 447–460. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0042-1>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

Valdés, M., Serrano, T. & Florenzano, R. (1995). *La medición del funcionamiento familiar:*

Diferentes aproximaciones. Santiago: Universidad de Chile.

Wang, M., Peterson, K., Mc Cormick, M. & Bryn Austin, S. (2013). Environmental factors associated with disordered weight-control behaviours among youth: a systematic

review. *Public Health Nutrition*

doi:10.1017/S1368980013001407

Webb, J.B., Wood-Barcalow, N.L., & Tylka, T.L. (2015). Assesing positive body image:

Contemporary approaches and future directions. *Body Image.*

<https://doi.org/doi10.1016/j.bodyim.2015.03.010>

Woud, M. L., Anschutz, D. J., Van Strien, T., & Becker, E. S. (2011). Measuring thinspiration and fear of fat indirectly. A matter of approach and avoidance.

Appetite, 56(2), 451–455.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.12.012>

Anexos

Anexo 1: Ficha Sociodemográfica

Edad: _____

Sexo: F _____
M _____

1. Número de hermanos: _____

4. Grado:

- a. 3° de secundaria
- b. 4° de secundaria
- c. 5° de secundaria

Anexo 2: Consentimiento Informado

El objetivo de esta ficha de consentimiento es proveer a los padres de los participantes información clara acerca de la naturaleza de la investigación y el rol de éstos con respecto a la misma.

La presente investigación es conducida por Carolina Arispe Silva, de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

En caso de aceptar la participación de su hijo en el estudio, se le pedirá responder dos cuestionarios y una ficha de datos sociodemográficos, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en el presente estudio es voluntaria, no está obligado a participar y puede abandonar la prueba cuando lo desee. La información que se recoja será confidencial y se usará únicamente para la investigación. Sus respuestas a los cuestionarios y a la ficha de datos sociodemográficos serán codificados, usando un número de identificación y, por lo tanto, se mantendrá el anonimato en todo momento. Posteriormente, los resultados de la investigación serán publicados manteniendo el anonimato.

Yo _____, de _____ años de edad y con DNI _____ acepto de manera voluntaria colaborar con la participación de mi hijo de _____ años de edad en esta investigación, conducida por Carolina Arispe Silva.

Me han indicado que tendrá que responder dos cuestionarios y una ficha de datos sociodemográficos, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos. La participación de mi hijo también es voluntaria.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es confidencial y será usada únicamente para la investigación. Posteriormente, los resultados de la investigación serán publicados manteniendo el anonimato en todo momento.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha _____

Anexo 3: EDI 2

Instrucciones: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida

y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

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

Nunca= 0

Pocas veces= 1

A veces= 2

A menudo= 3

Casi siempre= 4

Siempre= 5

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre y procura responder a todas las preguntas.

Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia.

Contesta a todas las frases con sinceridad

		0	1	2	3	4	5
	Ítems	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.						
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.						
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.						
4	Suelo comer cuando estoy disgustado.						
5	Suelo hartarme de comida.						
6	Me gustaría ser más joven.						
7	Pienso en ponerme en dieta.						
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.						
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.						
10	Me considero una persona poco eficaz.						
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.						
12	Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado.						
13	En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.						

14	La infancia es la época más feliz de la vida.						
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.						
16	Me aterroriza la idea de engordar.						
17	Confío en los demás.						
18	Me siento solo en el mundo.						
19	Me siento satisfecho con mi figura.						
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.						
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.						
22	Preferiría ser adulto a niño.						
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.						
		0	1	2	3	4	5
		Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
24	Me gustaría ser otra persona.						
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.						
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.						
27	Me siento incapaz.						
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía dejar de comer.						
29	Cando era pequeño, intentaba con empeño o decepcionar a mis padres y profesores.						
30	Tengo amigos íntimos.						
31	Me gusta la forma de mi trasero.						
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.						
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.						
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.						
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.						
36	Me fastidia no ser el mejor en todo.						
37	Me siento seguro de mí mismo.						
38	Suelo pensar en darme un atracón.						
39	Me alegra haber dejado de ser un niño.						
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no.						
41	Tengo mala opinión de mí.						
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos.						
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.						
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.						
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.						

46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.						
47	Me siento hinchado después de una comida normal.						
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.						
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso-						
50	Me considero una persona valiosa.						
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.						
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.						
53	Pienso en vomitar para perder peso.						
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.						
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.						
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.						
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.						
58	Los mejores años de tu vida con cuando llegas a ser adulto.						
59	Creo que mi trasero es demasiado grande.						
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.						
61	Como o bebo a escondidas.						
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.						
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.						
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.						
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.						
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.						
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.						
68	Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales.						
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de situaciones de grupo.						
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.						
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.						
		0	1	2	3	4	5
		Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.						
73	Soy comunicativo con la mayor parte de la gente.						
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.						
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.						

76	La gente comprende mis verdaderos problemas.						
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.						
78	Comer por placer es signo de debilidad moral.						
79	Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira.						
80	Creo que la gente confía en mí tanto como me merezco.						
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.						
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.						
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad.						
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal.						
85	Tengo cambios de humor bruscos.						
86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.						
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.						
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor.						
89	Sé que la gente me aprecia.						
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.						
91	Creo que realmente sé quién soy.						

Anexo 4: Subescalas e ítems del EDI 2

1. Obsesión por la delgadez

- Ítems directos: 7, 11, 16, 25,32 y 49
- Ítems inversos: 1

2. Bulimia

- Ítems directos: 4, 5, 28, 38, 46, 53 y 61

3. Insatisfacción corporal

- Ítems directos: 2, 9, 45 y 59
- Ítems inversos: 12, 19, 31, 55 y 62

4. Ineficacia

- Ítems directos: 10, 18, 24, 27, 37, 41 y 56
- Ítems inversos: 20, 42 y 50

5. Perfeccionismo

- Ítems directos: 13, 29, 36, 43, 52 y 63

6. Desconfianza interpersonal

- Ítems directos: 34 y 54

- Ítems inversos: 15, 17, 23, 30 y 57

7. Conciencia introceptiva

- Ítems directos: 8, 21, 33, 40, 44, 47, 51, 60 y 64
- Ítems inversos: 26

8. Miedo a la madurez

- Ítems directos: 3, 6, 14, 35 y 48
- Ítems inversos: 22, 39 y 48

9. Ascetismo

- Ítems directos: 66, 68, 75, 78, 82, 86 y 88
- Ítems inversos: 71

10. Impulsividad

- Ítems directos: 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85 y 90

11. Inseguridad social

- Ítems directos: 84 y 87
- Ítems inversos: 69, 73, 76, 80, 89 y 91

Anexo 5: FACES III

Instrucciones: Debes contestar a las frases que se proponen.

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

Casi Nunca=	1
Una que otra vez=	2
A veces=	3
Con frecuencia=	4
Casi siempre=	5

Describe como es su familia, marcando el número que corresponde a su respuesta.

		1	2	3	4	5
	Ítems	Casi Nunca	Una que otra vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	Los miembros de la familia se ayudan unos a otros.					
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia inmediata.					
6	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas de la familia.					
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.					
9	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10	Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones.					
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno del otro.					
12	Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14	Las reglas cambian en nuestra familia.					
15	Fácilmente se nos ocurren las cosas que podamos hacer en familia.					

16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18	Es difícil identificar quién o quiénes son los líderes de nuestra familia.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decidir quién se encarga de cuáles labores del hogar.					

Anexo 6 : Correlaciones ítem-test para la subescala Bulimia

Correlaciones ítem-test para la subescala Bulimia del EDI-2 en toda la muestra ($N = 107$)

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Valor alfa al eliminar el ítem
4	0.528	0.641
5	-0.057	0.767
28	0.578	0.638
38	0.290	0.699
46	0.596	0.614
53	0.388	0.681
61	0.633	0.600

Nota. Valor alfa de Cronbach para la subescala = .69. Correlaciones en negritas son menores a .30.

Anexo 7 : Correlaciones ítem-test para la subescala O.D

Correlaciones ítem-test para la subescala Obsesión por la Delgadez del EDI-2 en toda la muestra ($N = 107$)

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Valor alfa al eliminar el ítem
7	0.67	0.739
11	0.46	0.781
16	0.55	0.763
25	0.76	0.727
32	0.67	0.742
49	0.56	0.763
1	-0.01	0.839

Nota. Valor alfa de Cronbach para la subescala = .78. Correlaciones en negritas son menores a .30.

Correlaciones ítem-test para la subescala Obsesión por la Delgadez (eliminando el ítem 1) del EDI-2 en toda la muestra ($N = 107$)

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Valor alfa al eliminar el ítem
7	0.69	0.798
11	0.49	0.838
16	0.57	0.823
25	0.76	0.786
32	0.68	0.800
49	0.54	0.827

Nota. Valor alfa de Cronbach para la subescala (eliminando el ítem 1) = .84