



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Propiedades Psicométricas de la escala de factores de riesgo
asociados con trastornos de alimentación en púberes del
distrito el Porvenir.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA:

Br. Marchán Guerrero, Jennifer

ASESORAS:

Dra. Mercedes Aguilar Armas

Mg. Verónica Alvarez Tinoco

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría

TRUJILLO – PERÚ

PAGINA DE JURADO

Dra. Mercedes Aguilar Armas
Presidente

Mgrt. Verónica Álvarez Tinoco
Secretario

Mgrt. Tomás Caycho Rodríguez
Vocal

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi formación profesional. Por todos aquellos triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más.

A mi Mami Elsa (abue), la cual a pesar de haberla perdido en mis últimos ciclos universitarios, siempre estuvo guiándome para lograr mi objetivo, recordándola con su infinito amor, siendo mi principal motivación, para hoy puede decir: "Promesa cumplida Mamita".

A mis padres, Patricia y Jimmy por enseñarme que la vida sin amor no tiene significado, por estar a mi lado en todo momento y brindarme su apoyo incondicional, por mostrarme el valor de la familia y la unión, por haber depositado en mí su inmenso amor, paciencia y comprensión y gracias a ello lograr uno de mis primeros anhelos.

A mis mejores amigas Alejandra Zanabria y Flavia Dorlé, que más que ello, son mis hermanitas de corazón. Por estar dispuestas a escuchar en todo momento y alentarme con su grandioso amor y maravillosa alegría cuando todo se tornaba gris, asimismo por motivarnos siempre a crecer tanto personal como profesionalmente.

La autora

AGRADECIMIENTO

A Dios por cada uno de los días regalados hasta el momento, por iluminarme y guiarme al camino de mi objetivo, y por brindarme la fuerza necesaria en momentos de adversidad.

A mis asesores, quienes han sido los principales participes de mi formación académica, por la enorme paciencia, comprensión y motivación constante para poder culminar de manera satisfactoria mi etapa universitaria.

A mis familiares por haberme apoyado con cada palabra de aliento para continuar.

A cada uno de mis amigos, por apoyarme aplicando mis encuestas y por el ánimo constante para no decaer.

La autora

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ANEXO 02

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Jennifer Katherine Marchán Guerrero estudiante de la escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, sede/filial Trujillo, declaro que el trabajo académico titulado "Propiedades Psicométricas de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en niños del distrito El Pólvora" presentada, en 57 folios para la obtención del grado académico/título profesional de Licenciada en Psicología es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo establecido por las normas de elaboración de trabajo académico.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresadamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.



Lugar y fecha: Trujillo 20 de Diciembre de 2017

Firma

Nombres y Apellidos

DNI: 72048036

Jennifer Katherine Marchán Guerrero

CAMPUS TRUJILLO
Av. Larco 1770.
Tcl.: (044) 485 000. Anx.: 7000.
Fax: (044) 485 019.

fbj.uev.edu
@uev_ocr
#salinadelante
uev.edu.pe

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Propiedades Psicométricas de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes del distrito el Porvenir”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciado en Psicología.

La autora.

ÍNDICE

PAGINA DE JURADO.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
INDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Trabajos previos.....	15
1.3. Teorías relacionadas con el tema.....	16
1.4. Formulación del problema.	24
1.5. Justificación del estudio.	24
1.6. Objetivos.	24
II. MÉTODO.....	26
2.1. Diseño de investigación.	26
2.2. Variables, operacionalización.....	26
2.3. Población y muestra.....	28
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	29
2.5. Método de análisis de datos.....	30
2.6. Aspectos éticos.	31
III. RESULTADOS.....	32
IV. DISCUSIÓN.....	46
V. CONCLUSIONES.....	50
VI. RECOMENDACIONES.....	51
VII. REFERENCIAS.....	52

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Operacionalización de la variable.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 2. Población y muestra.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 3. Validez de contenido por medio del criterio de jueces.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 4. Validez de contenido de claridad y relevancia por medio del criterio de jueces para varones.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 5. Validez de contenido por medio del criterio de jueces para mujeres.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 6. Validez de contenido de claridad y relevancia por medio del criterio de jueces para mujeres.....</i>	<i>36</i>
<i>Tabla 7. Cargas Factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios – Varones.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 8. Cargas Factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios – Mujeres.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 9. Índices de ajuste de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 10. Matriz de Correlaciones y estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para varones (matriz superior) y mujeres (matriz inferior).....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 11. Índices de consistencia interna Omega de McDonald.....</i>	<i>45</i>

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Diagrama de senderos del modelo de cuatro factores para varones de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios.....</i>	<i>37</i>
Figura 2. <i>Diagrama de senderos del modelo de cuatro factores para mujeres de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios.....</i>	<i>40</i>

RESUMEN

En el presente estudio de corte instrumental se buscó determinar las propiedades psicométricas de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes del distrito El Porvenir. La muestra utilizada estuvo conformada por 700 estudiantes de dos instituciones educativas públicas. En la validez de contenido se utilizó el criterio de jueces encontrando resultados favorables en la V de Aiken (.93 para varones y .91 para mujeres). Para la validez de constructo, se realizó el análisis factorial confirmatorio en función al modelo de cuatro factores encontrando índices de ajuste aceptables en varones ($\chi^2/g.l = 2.35$; RMR= .049; GFI= .925; NFI= .901, PGFI= .802; RFI= .904; PNFI= .800) y para mujeres ($\chi^2/g.l = 2.47$; RMR= .046; NFI= .906, GFI= .913; RFI= .903; PGFI= .788; PNFI= .778). Para la confiabilidad, se utilizó el coeficiente Omega encontrando valores entre .76 al .85 en varones y .75 a .85 en mujeres.

Palabras clave: confiabilidad, púberes, trastornos de la conducta alimentaria, validez.

ABSTRACT

In the present instrumental study, we had to determine the psychometric properties of the Scale of risk factors associated with pubertal feeding disorders in the El Porvenir district. The sample used was made up of 700 students from three educational institutions in the El Porvenir district. In the content validity it was used the jury criteria where V of Aiken values were high (.93 for males, .91 for females). In the construct validity, the confirmatory factorial analysis was performed according to the three-factor model, finding acceptable adjustment indexes in males ($\chi^2/df= 2.35$; RMR= .049; GFI= .925; NFI= .901, PGFI= .802; RFI= .904; PNFI= .800) and women ($\chi^2/df= 2.47$; RMR= .046; NFI= .906, GFI= .913; RFI= .903; PGFI= .788; PNFI= .778). For reliability, the Omega coefficient was used, finding values between .76 to .85 in males and .75 to .85 in females.

Key words: reliability, pubertal, eating behaviour disorders, validity

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Realidad problemática.

En la actualidad según Lopera (2016) son cada vez más comunes los problemas relacionados con la conducta alimentaria en niños, lo cual genera una gran preocupación en su entorno más próximo, a la vez refiere que este tipo de dificultades se relacionan siempre a la adolescencia o a la etapa adulta, sin embargo, debido a la gran presión que ejerce la sociedad, se ha comprobado que niños de 10 a 13 años comienzan a mostrar cada vez más interés por su cuerpo. (Ángel, Gómez y León, 2012).

De acuerdo con Graell, Villaseñor y Faya (2015) la prevalencia de éste trastorno de la alimentación en niños de nivel primario, cada vez es más común, siendo el sufrimiento emocional, una de las principales causas, en donde las malas prácticas correctivas, los constantes conflictos familiares o la falta de atención que llegue a percibir el niño, se convierten en factores de riesgo para este padecimiento.

Toda esta enfermedad se evidencia a nivel mundial, al respecto Barriguete (2017) en base a sus investigaciones determina que en la ciudad de México, aproximadamente el 75% niñas y el 65% de niños con edades comprendidas de 9 a 13 años de edad, muestran preocupaciones por su apariencia física, siendo la presión cultural, los medios de comunicación, los modelos a seguir que promueve la sociedad, los causantes de que cada vez se evidencien casos de bulimia y anorexia en dicho grupo etareo, siendo un fenómeno preocupante debido a las consecuencias que genera en la salud. (Avellaneda, 2009).

A nivel nacional esta realidad se encuentra también presente, por ejemplo, Cutipé (2014) determina que solo durante el año 2014 se evidenciaron 1062 casos de trastornos de la alimentación en el Perú, afectando a estudiantes de diversas edades, quienes, buscando la imagen ideal, empleaban métodos inadecuados para cumplir su objetivo, sin embargo,

muchos presentaban dificultades emocionales y físicas, que afectaban su calidad de vida.

En Trujillo, en relación a la investigación en jóvenes de nivel secundario, pertenecientes a cuatro instituciones educativas, determina que las estudiantes presentaban gran preocupación por su imagen corporal, lo que generaba sensaciones de ansiedad, depresión, presión social e ideas relacionadas a la práctica de dietas para no subir de peso, lo que representa un factor de riesgo para su salud (Chunga, 2015). Asimismo, Alfaro (2012) realizó una investigación, para conocer el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de alimentación en estudiantes, concluyendo que, de 251 evaluadas, el 43% presentaba un riesgo de padecer esta dificultad.

Al hablar de desórdenes de la conducta alimentaria, es necesario tener en cuenta que es un inconveniente que se genera por diversas causas, los cuales causan grandes dificultades en la actitud y disposición hacia los alimentos, originando una distorsión en la percepción corporal generando insatisfacción en la apariencia física y temores constantes por subir de peso (Gómez-Peresmitré, 2001). Frente a esto, diversos estudios realizados en estudiantes de nivel escolar, refieren que los factores comunes suelen ser el grupo de pares, los medios de comunicación, la influencia de los modelos sociales como artistas o dibujos, la cultura y los valores que la sociedad otorga a la delgadez (Miranda, 2016).

Actualmente, existen diversos instrumentos que evalúan la predisposición o la insatisfacción corporal en edades menores, como el Body Shape Questionnaire (BSQ) de Raich et al., (1996) el cual posee adecuadas propiedades psicométricas, es usado en diversas investigaciones, sin embargo su rango de aplicación es solo para adolescentes; de igual forma existe el inventario de trastornos alimentarios-3 (EDI-3) de Garner (2004) el cual presenta eficaz validez y confiabilidad, a pesar de ello fue creado solo para ser aplicado en mujeres.

Ante esto la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes de Platas y Gómez (2013) posee una apropiada validez y confiabilidad, además el mejor atributo es su rango de aplicación que abarca la apreciación de esta dificultad en niños a partir de los 9 a 12 años, y frente a la problemática creciente, en donde es cada vez más común la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en edades tempranas, la presente indagación busca conocer la validez instrumento en el distrito del Porvenir, ya que es necesario que psicólogos clínicos y educativos cuenten con un método adecuado para la evaluación de dicho problema.

1.2. Trabajos previos.

Platas y Gómez (2013) determinaron las propiedades psicométricas de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en una muestra conformada por 934 alumnos pertenecientes a instituciones educativas públicas cuyas edades oscilaron entre 9 a 12 años. Se aplicó un análisis factorial con el método de componentes principales y rotación varimax, en donde la prueba de esfericidad de Bartlett muestra un valor $p = .000$ y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin muestra un valor de .88 para las niñas y de .90 para los niños, justificaron la aplicación del análisis factorial. A la vez los resultados evidencian la presencia de cuatro factores para los que explicaban para las niñas el 34% de la varianza con cargas factoriales entre .41 al .68 y los factores de los niños revelan el 38% de la varianza cuyas cargas factoriales eran .58 al .74. El alfa de Cronbach para las mujeres es de .86 y para los niños de .90.

Platas, Gómez, León, Pineda y Guzmán (2013) buscaron conocer la capacidad discriminante de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. La muestra estuvo conformada por 934 estudiantes, pertenecientes a cinco instituciones educativas, con edades comprendidas de 9 a 12; los resultados evidencian que los ítems logran diferenciarse significativamente ($p < .00$), para conocer la capacidad

discriminante se empleó una correlación canónica, encontrándose valores de .96 para las niñas y de .91; la varianza explicada es del 100%. El valor de lambda es de .078 (niñas) y de .161 (niños). Las cargas factoriales oscilan de .19 a 49.

1.3. Teorías relacionadas con el tema.

1.3.1. Trastornos de la conducta alimentaria.

De acuerdo a Sánchez (2013) los trastornos de la conducta alimentaria son considerados como una enfermedad, en la cual hábitos ya aprendidos y practicados en la persona se alteran por creencias irracionales, siendo la principal el temor a engordar. A la vez, se sabe que esta dificultad afecta considerablemente el estado de salud de la persona, deteriorando progresivamente su calidad de vida, ocasionando que aspectos como la depresión, ansiedad y el temor a ser juzgados se presenten a diario (Gorab, 2005).

Ésta se define también como aquella persistencia relacionada al consumo de alimentos, que conlleva a una alteración en la ingesta, el cual termina generando un deterioro significativo en la salud a nivel físico, emocional y social en quien lo padece (Borrego, 2010). Así mismo se conceptualiza como una alteración en los procesos de alimentación, en donde la persona busca controlar su peso y silueta, mediante métodos drásticos, que ponen en riesgo su salud (García- Palacios, Rivero y Botella, 2004)

1.3.2. Tipos de trastorno de la conducta alimentaria.

Los trastornos son:

a. Trastorno por atracón

Es uno de los desórdenes más comunes dentro de los problemas de la conducta alimentaria, en donde la persona suele ingerir grandes cantidades de comida, caracterizado especialmente, porque no suele

emplear laxantes o recurrir a otros métodos para expulsar la comida. (Sanchez, 2013).

De acuerdo a Platas y Gómez (2013) el trastorno por atracón suele ser empleado como una manera de canalización de las emociones, creencias o pensamientos negativos que poseen los individuos, usándolo como un mecanismo para sentirse mejor y aplacar la ansiedad.

Por su parte Sánchez (2013) considera que aún no existe una etiología exacta relacionada a esta dificultad, sin embargo, se asume que muchos comienzan esta práctica debido a problemas familiares, depresión, ansiedad, estrés, maltratos o estilos de crianza ausentes o punitivos en el caso de los niños.

b. Bulimia nerviosa

Se caracteriza principalmente por la obsesión con la comida y el peso, en donde la persona suele comer constantemente y encuentra en el vómito una forma de contrarrestar el exceso de alimentos, lo que termina ocasionando sentimientos de tristeza, ansiedad y frustración. (Sanchez, 2013) (Yosifides, 2006).

Tipos:

- Bulimia nerviosa tipo purgativa: Es aquel tipo en el cual la persona realiza los atracones y luego procede a usar laxantes, enemas o alguna forma que le permita controlar su peso. (León, 2010).
- Bulimia nerviosa tipo no purgativa: La persona come en exceso, sin embargo, controla su peso mediante el ejercicio, dietas rigurosas o el salto de comidas. (Salinas, 2010).

c. Anorexia nerviosa

Esta molestia, se basa en el rechazo que la persona realiza frente a la comida, en donde experimenta progresivamente la pérdida o interés para comer, hasta llegar a rechazarla completamente, sin embargo, presenta aún el temor a engordar, creencia que se vuelve cada vez

más fuerte y distorsiona percepción (Sánchez, 2013). Se considera que ésta, no suele ser vista como síntoma, es catalogada ya como una enfermedad ya que la persona por decisión propia busca perder siempre peso a causa de una distorsión cognitiva en su percepción, lo que origina consecuencias graves y en ocasiones irreversibles a su salud (Miranda, 2016) (Lask y Bryant, 2007).

d. Vigorexia

Aquella patología en la cual la persona busca incrementar su masa muscular, para lo cual recurre a rutinas exageradas de ejercicios o la ingesta de diversos suplementos que lo ayuden a conseguir su meta (Sánchez, 2013). Se considera que esta dificultad se origina a partir de una percepción errónea del cuerpo, por lo general suelen percibir que el incremento obtenido no es suficiente, originando una obsesión, la cual en ocasiones termina en lesiones o problemas graves de salud (Miranda, 2016).

e. Obesidad:

Es aquel trastorno que no logra cumplir con todos los indicadores para la anorexia o bulimia, en donde la persona suele ingerir grandes cantidades de comida, cambiar sus hábitos alimenticios, no suele recurrir al vómito o el empleo de laxantes, pero tiende a subir de peso o presentar una deformación en su imagen corporal (Errandonea, 2012).

Se considera que la obesidad representa un factor de riesgo para las personas, se encuentra asociada a la depresión y ansiedad (Alves, Arroyo, Basabe y Hernández, 2012), repercutiendo en la calidad de vida de la persona, asimismo este padecimiento puede conllevar a que la persona desarrolle problemas igual de severos como cardiopatías, hipertensión, cáncer y diabetes (Fassino, Daga, Pieró y Delsedime, 2007).

1.3.3. La pubertad y los trastornos de la alimentación.

La pubertad es una etapa de diversos cambios y de grandes oportunidades para los púberes, quienes logran desarrollarse, conocer sus habilidades y formar un concepto adecuado de su persona, sin embargo, representa también una etapa que presenta temores e inseguridades, las cuales suelen en muchas ocasiones ser perjudiciales para su salud (Moreno y Londoño, 2017).

Para Hernández y Londoño (2013) durante la niñez y adolescencia existen diversos factores que pueden llegar a ocasionar los trastornos de la conducta alimentaria en cualquier etapa de la vida, entre los cuales se encuentran los conflictos familiares, los estilos de crianza punitivos, la descalificación y la influencia del entorno, los cuales afectan las creencias de los púberes y pueden llegar a afectar su calidad de vida. De igual forma, Ruíz, González, Fonseca y Santibáñez (2014) refieren que durante los últimos años son los estudiantes que están finalizando la primaria, quienes mayor interés han venido demostrando en el cuidado de su aspecto físico, lo que en muchas ocasiones termina generando una percepción errada de su imagen corporal.

De acuerdo a Moreno y Londoño (2017) suele ser el aprendizaje por imitación una de las principales causas de la aparición de dificultades en la etapa de la pubertad, evidenciada en la copia de modelos que muchas veces resultan riesgosos; a la vez, es necesario considerar que la aparición de las contrariedades relacionadas con la alimentación se explica mejor a partir de un modelo biopsicosocial ya que son diversos aspectos los que influyen (familia, amigos, escuela, cultura y sociedad) en las decisiones del púber y llegan a distorsionar su la imagen que tienen de sí mismos (Estévez y Santirso, 2013).

De igual forma, se conoce que este tipo de críticas suele estar más presentes en las mujeres, quienes experimentan una mayor presión social y buscan a través de estándares de belleza, ser aceptadas, este

tipo de oposiciones se origina a partir de problemas emocionales, la baja autoestima, la comparación constante con otras púberes, la ansiedad, estrés, depresión y la distorsión de la imagen (Estévez y Santirso, 2013) (Ogden, 2005).

1.3.4. Modelos explicativos.

1.3.4.1. Teoría Psicodinámica

Desde esta perspectiva los trastornos de la conducta alimentaria se originan a partir de una adicción de la persona por obtener un cuerpo delgado o bajar de peso, en donde aspectos como la depresión, la neurosis y una fijación en la etapa oral, origina una distorsión en la percepción (Garrote, 2009).

De acuerdo a Fenichel (1945) los sujetos con estos padecimientos se caracterizan por una necesidad de gratificación, buscan siempre reforzadores externos para sentirse queridos y poder fortalecer su autoestima, suelen tener poca tolerancia a la frustración y carecen de habilidades para hacer frente al estrés o ansiedad.

Además, desde este enfoque los desórdenes de alimentación surgen por una adicción a comer y un rencor profundo hacia la figura materna, el cual suele ser inconsciente y genera en el individuo una constante frustración, lo que le impide disfrutar de las actividades que realiza, conllevándola a tener episodios constantes de atracones (Garrote, 2009).

1.3.4.2. Enfoque conductual

Este enfoque comenzó a explicar este tipo de sufrimiento, luego del psicoanálisis, quienes a diferencia de los procesos internos y de complejos no resueltos, consideran que esta patología es adquirida en base a los aprendizajes que el habitante ha experimentado en su entorno (Carrillo, 2001).

Es decir, las enfermedades alimentarias surgen y se mantienen debido al refuerzo y rechazo que experimentan, en dónde bajar de peso (reforzador) genera que la persona continúe realizando esta práctica, a la vez, experimenta ansiedad o depresión, lo cual genera sensaciones negativas, aislándose, provocando que desee bajar más de peso y por medio de este ciclo, la conducta se refuerza constantemente (Turón, 1997).

Por su parte Fairburn (1994) considera que es la experimentación de ansiedad y la falta de control de las diversas situaciones lo que origina en el sujeto una serie de conductas destinadas a bajar de peso, sufrir de atracones o evitar la comida, considerando que el vómito o el uso de purgantes como una forma de control, sin embargo, esto solo contribuye a que siga empeorando la enfermedad.

1.3.4.3. Modelos multicausales

De acuerdo a Moreno y Londoño (2017) en la actualidad, se considera que el mejor modelo explicativo, para poder comprender los trastornos de la alimentación, es el multicausal, el cual considera que es la familia, cultura, creencias, pensamientos y las conductas, lo que origina esta dificultad en la persona.

Uno de los primeros en proponer este modelo, fue Striegel-Moore y Bulik (1999) considerando que esta dificultad surge a partir de la presión social que experimentan las personas, el rol que se les atribuye, los estilos de crianza y los valores de cada cultura, los que motivan a la persona realizar diversas actividades para ser más delgadas, y por ende sentirse valoradas (Araujo y López, 2006).

Desde este enfoque se considera que este problema, surge a partir de los procesos familiares, en donde las dietas, estar a la moda y otorgarle gran valor a este tipo de prácticas contribuye a que los miembros o hijos busquen siempre la delgadez, este tipo de creencias

familiares surge a partir de la influencia o presión que ejercen los medios de comunicación, la cultura o los grupos sociales, así como los atributos que la delgadez representa (Sánchez, 2013).

1.3.5. Dimensiones

Se compone por (Platas y Gómez, 2013).

- **Sobreingesta por compensación psicológica:** Se considera que cuando un púber experimenta constantes sentimientos relacionados a la ansiedad, estrés, depresión o por dificultades familiares, suele originar desórdenes alimenticios, comiendo constantemente, lo que ocasiona el aumento de peso y la obesidad.
- **Dieta crónica restringida:** Son las diversas actividades que los niños o adolescentes realizan a fin de obtener el peso ideal, sin embargo, esta práctica termina siendo perjudicial, ya que se comienza a limitar la ingesta de proteínas, carbohidratos o evitar cenar.
- **Conducta alimentaria compulsiva:** Indica la ingesta continua de alimentos, la cual se origina a partir de una sensación de carencia de control, en donde la persona suele referir que no puede dejar de comer, experimenta a la vez emociones, casi siempre negativas que fortalecen la conducta.
- **Conducta alimentaria normal:** Se refiere a todas aquellas conductas alimentarias sanas o positivas que contribuyen a que el niño o el púber tenga un buen estado de salud.

1.3.6. Factores de riesgo en la aparición de los trastornos de la alimentación.

Se considera que los factores suelen ser muchos, entre los principales se encuentran (Portela, Costa, Mora y Raich, 2012).

- Los estilos de crianza inadecuados, entre los cuales se encuentran aquellas familias disfuncionales en donde los padres no ejercen una adecuada orientación, buscan corregir mediante el castigo o que otorgan mayor importancia a la apariencia física. Asimismo, se asume que cuando los padres han presentado en cualquier etapa de su vida alguna dificultad con la alimentación, el riesgo de que sus hijos presenten esta problemática aumentan, debido a las creencias inadecuadas sobre la imagen corporal (Moreno y Londoño, 2017).
- La influencia de los medios de comunicación, que mediante programas, propagandas o mensajes directos, promueven la belleza física como la necesaria para poder sobresalir en la sociedad.
- Los cambios propios de la etapa adolescentes, en donde las emociones, la búsqueda por formar la identidad y los cambios físicos, pueden originar una preocupación excesiva en el cuidado de la apariencia física, desarrollándose así creencias erróneas sobre la belleza.
- La influencia de los pares o del entorno más próximo, los cuales suelen ejercer presión o influencia sobre la imagen corporal; al respecto Shroff y Thompson (2006), refieren que los amigos suelen generar ideas muy fuertes sobre la imagen corporal, y suelen ser quienes orientan en forma errónea como se puede obtener una imagen ideal.
- El contexto cultural, en donde muchas de las creencias sobre la importancia de la apariencia física se transmiten de generación en generación, provocando que los jóvenes practiquen métodos inadecuados para conseguir un cuerpo delgado y en forma (Cortese, 2010).

1.4. Formulación del problema.

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes del distrito el Porvenir?

1.5. Justificación del estudio.

Debido a que en la actualidad se evidencia una mayor prevalencia en edades tempranas de los trastornos de la alimentación en púberes, es necesario contar con una herramienta de aplicación psicológica que detecte los factores que influyen en la génesis de este trastorno, por lo que se aprecia la relevancia social del presente estudio al adaptar un instrumento a la población de El Porvenir.

A nivel práctico, brinda una herramienta válida que puede ser usada por psicólogos o encargados de velar por la salud mental de los estudiantes.

A nivel teórico contribuye a conocer si el constructo propuesto se adapta a las características de la población evaluada.

A nivel metodológico, los procesos implementados a lo largo de la investigación servirán como guía a estudios futuros con la misma estructura y diseño en la cual se figuren problemáticas similares.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes del distrito el Porvenir.

1.6.2. Objetivos específicos.

- ✓ Identificar las evidencias de validez de contenido a través de criterio de jueces de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes del distrito el Porvenir.

- ✓ Identificar las evidencias de validez basadas en la estructura interna a través del método análisis factorial confirmatorio de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes del distrito el Porvenir.
- ✓ Hallar la confiabilidad por medio de la consistencia interna en la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes del distrito el Porvenir.

II. MÉTODO.

2.1. Diseño de investigación.

En el presente estudio se considera la clasificación utilizada por Montero y León (2007), quienes refieren los estudios instrumentales como los encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño o adaptación como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos.

2.2. Variables, operacionalización.

Tabla 1*Operacionalización de la variable.*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación	Son patrones de conducta inadecuadas que la persona realiza para buscar tener una figura deseada, a partir de una percepción errónea de su cuerpo, que pone en riesgo su salud (Platas & Gómez, 2013).	Se asume la definición de medida en función a las puntuaciones obtenidas en la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. (Platas et al., 2013).	<ul style="list-style-type: none"> - Sobreingesta por compensación psicológica: Se considera que cuando un púber experimenta constantes sentimientos relacionados a la ansiedad, estrés, depresión o por dificultades familiares, suele originar desórdenes alimenticios, comiendo constantemente (Platas & Gómez, 2013). - Dieta crónica restringida: Son las diversas actividades que los niños o adolescentes realizan a fin de obtener el peso ideal (Platas & Gómez, 2013). - Conducta alimentaria compulsiva: Indica la ingesta continua de alimentos (Platas & Gómez, 2013). - Conducta alimentaria normal: Se refiere a todas aquellas conductas alimentarias sanas o positivas que contribuyen a que el niño o el púber tenga un buen estado de salud (Platas & Gómez, 2013). 	Intervalo: Indica el orden en función a las distancias equidistantes de categorías (Alarcón, 2008)

2.3. Población y muestra.

Población: La presente investigación tiene como población accesible a 802 escolares con edades comprendidas de 9 a 12 años, de ambos sexos, pertenecientes al distrito El Porvenir.

Tabla 2

Población

INSTITUCIONES EDUCATIVAS					
Francisco Lizarsaburu			Horacio Zevallos		
4to	5to	6to	4to	5to	6to
138	125	113	116	109	99

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 700 estudiantes, ya que con esta cantidad se asegura la estabilidad de los resultados (Argibay, 2009); para lo cual se evaluaron a 233 estudiantes de cada colegio, los cuales estarán distribuidos en los diversos grados.

Muestreo.

El muestreo que se utilizó para la realización del estudio, fue de tipo probabilístico estratificado, ya que las instituciones educativas estaban divididas por categorías obteniendo así una muestra aleatoria y cada estudiante tiene la misma posibilidad de ser incluido en la evaluación (Hernández, Fernández & Baptista 2010).

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Estudiantes que estén matriculados en el periodo de Marzo – Diciembre 2017.

Estudiantes que acudan el día de la evaluación.

Que oscilen en edades de 9 a 12 años.

Ambos géneros que pertenezcan de 4to a 6to de primaria.

Criterios de exclusión:

Estudiantes que no cumplan con la edad establecida.

Alumnos que completen inadecuadamente la prueba.

Aquellos que reciban tratamiento o tengan un diagnóstico establecido sobre trastornos de alimentación.

Púberes que no deseen participar de la investigación.

Estudiantes que presenten déficit visual o cognitivo.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

2.4.1. Técnica:

Evaluación psicométrica. Es aquella rama de la psicología, que busca conocer las características conductuales de las personas, para lo cual valida criterios de medición (Aragón, 2004).

2.4.2. Ficha Técnica:

Platas y Gómez (2013) crearon y adaptaron la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en una muestra conformada por 934 en estudiantes pertenecientes a instituciones educativas públicas cuyas edades oscilaron de 9 a 12 años.

El instrumento evalúa los factores de riesgo a padecer de trastornos de la alimentación bajo cuatro dimensiones: Sobreingesta por compensación psicológica, Dieta crónica restringida, Conducta alimentaria compulsiva y Conducta alimentaria Normal. La prueba de tipo Likert consta de 32 ítems, no tiene un límite de tiempo, estimándose un

tiempo aproximado de 15 a 25 minutos, la cual puede ser respondida por medio de cinco opciones de respuesta (Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre).

Validez.

Se aplicó un análisis factorial con el método de componentes principales y rotación varimax, en donde la prueba de esfericidad de Bartlett muestra un valor $p = .000$ y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin muestra un valor de .88 para las niñas y de .90 para los niños, justificaron la aplicación del análisis factorial. A la vez, los resultados muestran la presencia de 4 factores para ambos géneros; los factores para las niñas explican el 34% de la varianza y los factores de los niños revelan el 38% de la varianza.

Confiabilidad.

Fue obtenida mediante el alfa de Cronbach para las mujeres es de .86 y para los niños de .90.

2.5. Método de análisis de datos.

El análisis de los datos inició con el análisis de la idoneidad de los ítems respecto a la validez de contenido mediante el estadístico V de Aiken, considerándolo aceptable si su IC95% es mayor a .50, además con la evaluación de supuestos de normalidad univariante mediante la media, desviación estándar y los índices de asimetría y curtosis, encontrándose valores fuera del rango de -1 a 1, indicando presencia de asimetría y curtosis en la distribución de las respuestas a los ítems (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005).

El análisis de la multicolinealidad se realizó mediante la matriz de correlaciones de Pearson encontrándose valores menores a .90, indicando ausencia de multicolinealidad.

Con estos resultados se procedió aplicar el Análisis Factorial Confirmatorio con ayuda del método de Mínimos cuadrados no

ponderados para estimar las cargas factoriales estandarizadas, los errores de medición y las correlaciones entre factores latentes para poder obtener los índices que evaluaron el ajuste del constructo a la realidad investigada considerando un ajuste satisfactorio si los índices de ajuste global $\chi^2/df < 2$ (Carmines y McIver, 1981), $RMR < .05$ (Hu y Bentler, 1999), $GFI > .90$ (Joreskog, 1984); si los índices de ajuste comparativo $NFI > .90$ (Bentler y Bonet, 1980) y $RFI > .90$ (Bollen, 1986) y si los índices de ajuste parsimonioso $PGFI > .50$ (Mulaik et al, 1989) y $PNFI > .50$ (James, Mulaik y Bentler, 1982), donde se encontraron cargas factoriales estandarizadas y errores de medición diferentes y no correlacionados para los ítems, indicando la no equivalencia entre ítems para medir cada factor y decidiéndose por utilizar el estadístico Omega de McDonald (1999) para estimar de forma puntual e interválica al 95% de confianza la consistencia interna de cada factor.

2.6. Aspectos éticos.

En la presente investigación, se acudió a las instituciones educativas ubicadas en el distrito El Porvenir y que conformaron la investigación, con la finalidad de poder obtener el permiso pertinente con los Directores, a quienes se les explicó los objetivos de la investigación y los beneficios que se podrían obtener, teniendo presente en todo momento que era de carácter voluntario y privado, después de obtener el permiso por las autoridades de la cada institución se procedió a la aplicación del instrumento, ingresando a las aulas en el cual se explicó a los alumnos la misma información brindada anteriormente, así mismo se recalcó que la prueba es anónima.

Asimismo, durante todo el proceso de evaluación se contó con la presencia del docente de turno en el salón, a quien se le explicó todo lo concerniente a los objetivos y confidencialidad de la evaluación.

III. RESULTADOS

En la Tabla 3 se muestran índices V de Aiken entre .72 a 1.00, con intervalos de confianza de .56 como mínimo en los ítems y una validez promedio de .93 (IC 95%:.79 a .98), con el criterio de doce expertos y cuatro categorías de respuesta.

Tabla 3.

Validez de contenido por medio del criterio de jueces de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para varones

Ítems	V de Aiken			IC 95%	
	V	<i>p</i>		Li	Ls
Total	.93	.000 **		.79	.98
1	.72	.020 *		.56	.84
2	.94	.000 **		.81	.98
3	.97	.000 **		.85	.99
4	.97	.000 **		.85	.99
5	.94	.000 **		.81	.98
6	.86	.000 **		.71	.94
7	.88	.000 **		.74	.95
8	.94	.000 **		.81	.98
9	1.00	.000 **		.90	1.00
10	.83	.001 **		.68	.92
11	1.00	.000 **		.90	1.00
12	1.00	.000 **		.90	1.00
13	.86	.000 **		.71	.94
14	.86	.000 **		.71	.94
15	.94	.000 **		.81	.98
16	.75	.010 *		.59	.86
17	.94	.000 **		.81	.98
18	.88	.000 **		.74	.95
19	.88	.000 **		.74	.95
20	1.00	.000 **		.90	1.00
21	.94	.000 **		.81	.98
22	.88	.000 **		.74	.95
23	.97	.000 **		.85	.99
24	1.00	.000 **		.90	1.00
25	1.00	.000 **		.90	1.00
26	.83	.001 **		.68	.92
27	.88	.000 **		.74	.95
28	1.00	.000 **		.90	1.00
29	1.00	.000 **		.90	1.00
30	1.00	.000 **		.90	1.00
31	.97	.000 **		.85	.99
32	1.00	.000 **		.90	1.00

**p<.01; *p<.05

En la Tabla 4 se muestran índices V de Aiken entre .75 a 1.00, con intervalos de confianza de .59 como mínimo en los ítems y una validez promedio de .95 (IC 95%: .82 a .99) al evaluar la claridad y valores entre .75 a 1.00, con intervalos de confianza de .59 como mínimo en los ítems y una validez promedio de .96 (IC 95%: .84 a .99) al evaluar la relevancia, con el criterio de doce expertos y cuatro categorías de respuesta.

Tabla 4.

Validez de contenido de claridad y relevancia por medio del criterio de jueces de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para varones

Ítems	Claridad				Relevancia					
	V de Aiken		IC 95%		V de Aiken		IC 95%			
	V	p	Li	Ls	V	p	Li	Ls		
Total	.95	.000	**	.82	.99	.96	.000	**	.84	.99
1	.75	.010	*	.59	.86	.91	.000	**	.77	.97
2	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
3	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
4	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
5	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
6	1.00	.000	**	.90	1.00	.91	.000	**	.77	.97
7	.91	.000	**	.77	.97	1.00	.000	**	.90	1.00
8	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
9	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
10	.91	.000	**	.77	.97	.83	.001	**	.68	.92
11	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
12	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
13	.92	.000	**	.79	.97	.91	.000	**	.77	.97
14	.83	.001	**	.68	.92	.91	.000	**	.77	.97
15	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
16	.75	.010	*	.59	.86	.75	.010	*	.59	.86
17	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
18	.92	.000	**	.79	.97	1.00	.000	**	.90	1.00
19	.92	.000	**	.79	.97	.83	.001	**	.68	.92
20	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
21	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
22	.92	.000	**	.79	.97	.91	.000	**	.77	.97
23	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
24	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
25	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
26	.75	.010	*	.59	.86	.83	.001	**	.68	.92
27	.75	.010	*	.59	.86	.91	.000	**	.77	.97
28	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
29	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
30	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
31	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00
32	1.00	.000	**	.90	1.00	1.00	.000	**	.90	1.00

En la Tabla 5 se muestran índices V de Aiken entre .83 a .97, con intervalos de confianza de .68 como mínimo en los ítems y una validez promedio de .91 (IC 95%:.77 a .97), con el criterio de doce expertos y cuatro categorías de respuesta para la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para mujeres.

Tabla 5.

Validez de contenido por medio del criterio de jueces de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para mujeres

Ítems	V de Aiken			IC 95%	
	V	p		Li	Ls
Total	,91	,000	**	,77	,97
1	,86	,000	**	,71	,94
2	,94	,000	**	,82	,98
3	,89	,000	**	,75	,96
4	,97	,000	**	,86	1,00
5	,94	,000	**	,82	,98
6	,97	,000	**	,86	1,00
7	,94	,000	**	,82	,98
8	,92	,000	**	,78	,97
9	,92	,000	**	,78	,97
10	,94	,000	**	,82	,98
11	,92	,000	**	,78	,97
12	,86	,000	**	,71	,94
13	,83	,001	**	,68	,92
14	,92	,000	**	,78	,97
15	,92	,000	**	,78	,97
16	,92	,000	**	,78	,97
17	,89	,000	**	,75	,96
18	,89	,000	**	,75	,96
19	,92	,000	**	,78	,97
20	,89	,000	**	,75	,96
21	,92	,000	**	,78	,97
22	,86	,000	**	,71	,94
23	,86	,000	**	,71	,94
24	,86	,000	**	,71	,94
25	,83	,001	**	,68	,92
26	,94	,000	**	,82	,98
27	,86	,000	**	,71	,94
28	,94	,000	**	,82	,98
29	,89	,000	**	,75	,96
30	,94	,000	**	,82	,98
31	,97	,000	**	,86	1,00

**p<.01; *p<.05

En la Tabla 6 se muestran índices V de Aiken entre .83 a .97, con intervalos de confianza de .68 como mínimo en los ítems y una validez promedio de .90 (IC 95%: .76 a .96) al

evaluar la claridad y valores entre .83 a .97, con intervalos de confianza de .68 como mínimo en los ítems y una validez promedio de .91 (IC 95%: .78 a .97) al evaluar la relevancia, con el criterio de doce expertos y cuatro categorías de respuesta para la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para mujeres.

Tabla 6.

Validez de contenido de claridad y relevancia de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para mujeres

Ítems	Claridad				Relevancia					
	V de Aiken		IC 95%		V de Aiken		IC 95%			
	V	P	Li	Ls	V	p	Li	Ls		
Total	,90	,000	***	,76	,96	,91	,000	***	,78	,97
1	,86	,000	***	,71	,94	,92	,000	***	,78	,97
2	,94	,000	***	,82	,98	,97	,000	***	,86	1,00
3	,89	,000	***	,75	,96	,92	,000	***	,78	,97
4	,83	,001	***	,68	,92	,97	,000	***	,86	1,00
5	,89	,000	***	,75	,96	,92	,000	***	,78	,97
6	,86	,000	***	,71	,94	,92	,000	***	,78	,97
7	,89	,000	***	,75	,96	,89	,000	***	,75	,96
8	,83	,001	***	,68	,92	,92	,000	***	,78	,97
9	,86	,000	***	,71	,94	,86	,000	***	,71	,94
10	,89	,000	***	,75	,96	,92	,000	***	,78	,97
11	,94	,000	***	,82	,98	,92	,000	***	,78	,97
12	,92	,000	***	,78	,97	,92	,000	***	,78	,97
13	,86	,000	***	,71	,94	,92	,000	***	,78	,97
14	,86	,000	***	,71	,94	,92	,000	***	,78	,97
15	,86	,000	***	,71	,94	,94	,000	***	,82	,98
16	,89	,000	***	,75	,96	,94	,000	***	,82	,98
17	,94	,000	***	,82	,98	,92	,000	***	,78	,97
18	,92	,000	***	,78	,97	,97	,000	***	,86	1,00
19	,94	,000	***	,82	,98	,83	,001	***	,68	,92
20	,97	,000	***	,86	1,00	,86	,000	***	,71	,94
21	,89	,000	***	,75	,96	,89	,000	***	,75	,96
22	,92	,000	***	,78	,97	,92	,000	***	,78	,97
23	,86	,000	***	,71	,94	,94	,000	***	,82	,98
24	,92	,000	***	,78	,97	,89	,000	***	,75	,96
25	,92	,000	***	,78	,97	,83	,001	***	,68	,92
26	,94	,000	***	,82	,98	,89	,000	***	,75	,96
27	,89	,000	***	,75	,96	,97	,000	***	,86	1,00
28	,94	,000	***	,82	,98	,92	,000	***	,78	,97
29	,89	,000	***	,75	,96	,94	,000	***	,82	,98
30	,94	,000	***	,82	,98	,97	,000	***	,86	1,00
31	,92	,000	***	,78	,97	,83	,001	***	,68	,92

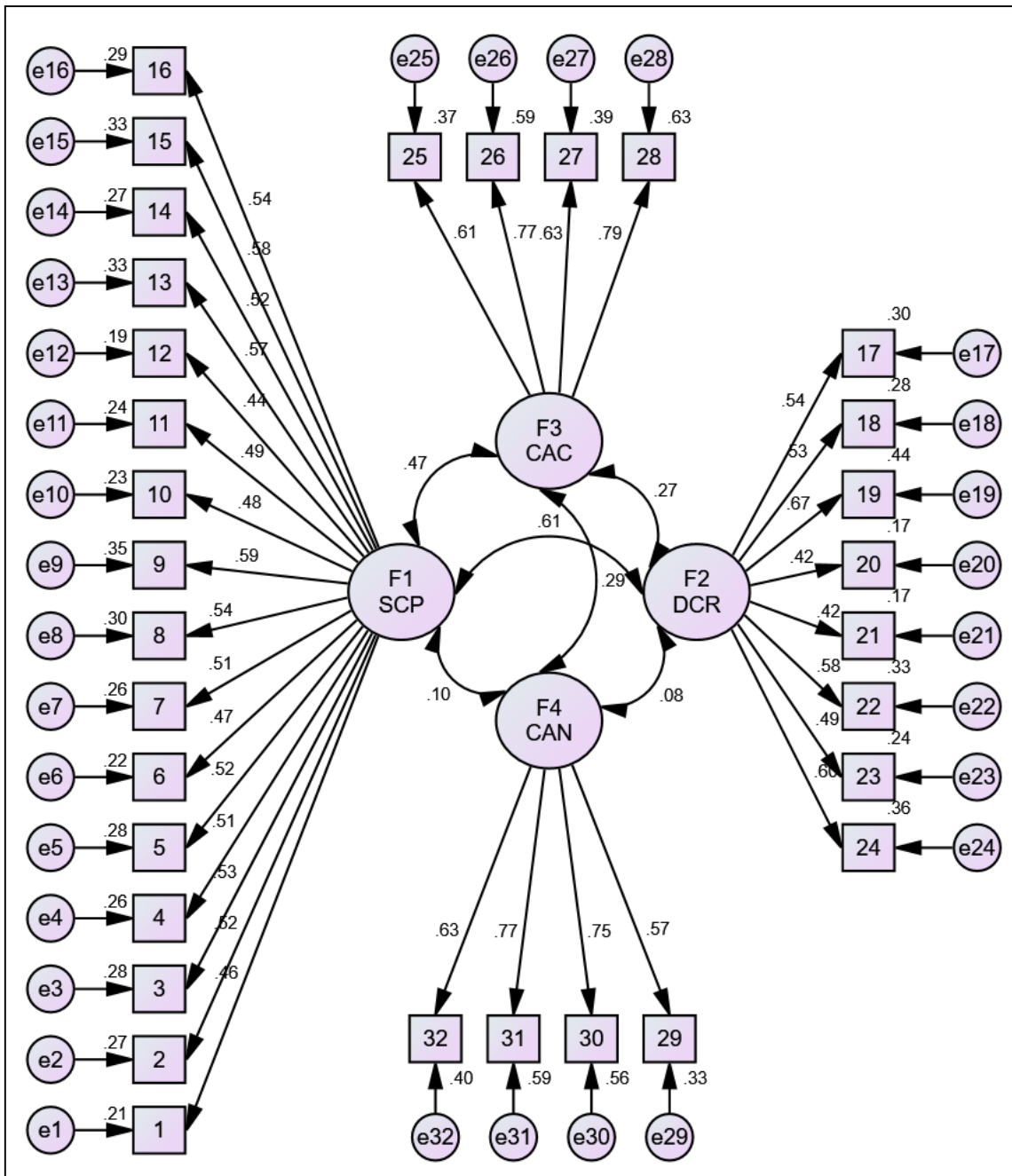


Figura 1. Diagrama de senderos del modelo de cuatro factores para varones de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios

En la Figura 1 se muestra el Diagrama de senderos del modelo de cuatro factores para varones de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios, donde se presentan las cargas factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes.

En la Tabla 7 se muestran Cargas Factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios en Varones, donde se aprecian valores entre .13 a .79 para el factor sobreingesta por compensación psicológica, entre .34 a .88 en el factor dieta crónica restringida, entre .65 a .88 en el factor Conducta alimentaria compulsiva y entre .64 a .93 en el factor Conducta alimentaria normal del modelo teórico de cuatro factores.

Tabla 7.

Cargas Factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios – Varones.

Ítems	Factores			
	SCP	DCR	CAC	CAN
1	.46			
2	.52			
3	.53			
4	.51			
5	.53			
6	.47			
7	.51			
8	.54		
9	.59			
10	.48			
11	.49			
12	.44			
13	.57			
14	.52			
15	.58			
16	.54			
17		.54		
18		.53		
19		.67		
20		.42		
21		.42		
22		.58		
23		.49		
24		.60		
25			.61	
26			.77	
27			.63	
28			.79	
29				.57
30				.75
31				.77
32				.63
SCP	--			
DCR	.61	--		
CAC	.47	.27	--	
CAN	.10	.08	.29	--

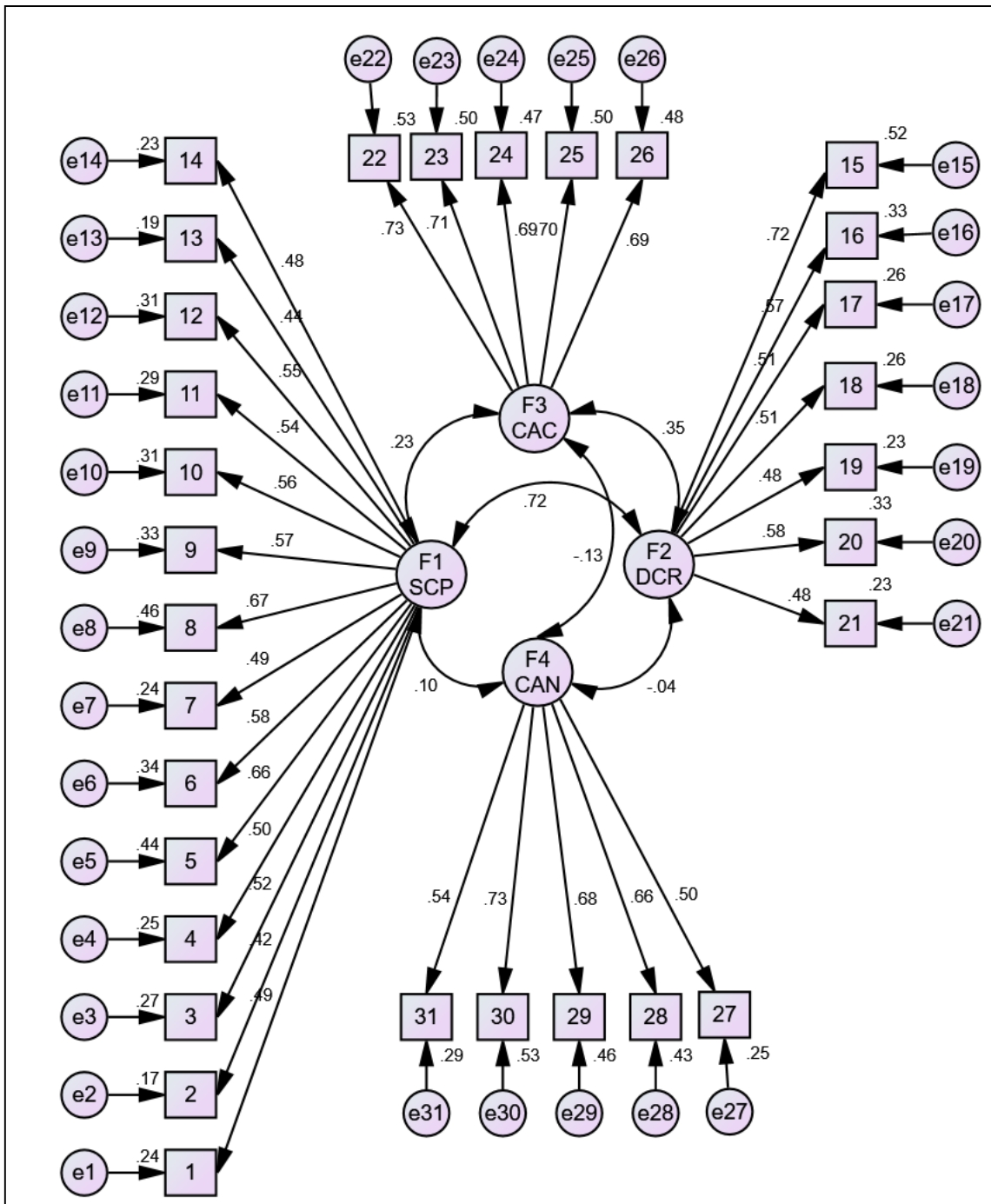


Figura 2. Diagrama de senderos del modelo de cuatro factores para mujeres de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios

En la Figura 2 se muestra el Diagrama de senderos del modelo de cuatro factores para mujeres de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios, donde se presentan las cargas factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes.

En la Tabla 8 se muestran Cargas Factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios en Varones, donde se aprecian valores entre .42 a .68 para el factor sobreingesta por compensación psicológica, entre .48 a .72 en el factor dieta crónica restringida, entre .69 a .73 en el factor Conducta alimentaria compulsiva y entre .50 a .73 en el factor Conducta alimentaria normal.

Tabla 8

Cargas Factoriales estandarizadas y correlaciones entre factores latentes de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios – Mujeres.

Ítem	Modelo			
	SCP	DCR	CAC	CAN
1	.49			
2	.42			
3	.52			
4	.50			
5	.66			
6	.58			
7	.49			
8	.68			
9	.57			
10	.56			
11	.54			
12	.55			
13	.44			
14	.48			
15		.51		
16		.51		
17		.48		
18		.58		
19		.48		
20		.57		
21		.72		
22			.69	
23			.70	
24			.69	
25			.71	
26			.73	
27				.66

28					.68
29					.73
30					.54
31					.50
SCP	--				
DCR	.72	--			
CAC	.23	.35	--		
CAN	.10	.04	-.13	--	

En la Tabla 9 se muestran índices de ajuste absoluto X^2/gl menores a 3, un RMR menor a .05, un GFI mayor a .90, los índices de ajuste comparativo NFI y RFI son mayores a .90 y los índices de ajuste parsimonioso muestran valores mayores a .70 para ambas pruebas.

Tabla 9.

Índices de ajuste de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios

Prueba	Ajuste Absoluto			Ajuste Comparativo		Ajuste Parsimonioso	
	X^2/gl	RMR	GFI	NFI	RFI	PGFI	PNFI
Varones	2.35	.049	.925	.901	.904	.802	.800
Mujeres	2.47	.046	.913	.906	.903	.788	.778

Nota:

X^2/gl : Razón de verosimilitud

RMR: Raíz de la media residual

GFI: Índice de bondad de ajuste

NFI: Índice normado de ajuste

RFI: Índice relativo de ajuste

PGFI: Índice de bondad de ajuste parsimonioso

PNFI: Índice normado de ajuste parsimonioso

Tabla 10

Matriz de Correlaciones y estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios para varones (matriz superior) y mujeres (matriz inferior)

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	M	DE	As.	Cu	N
1	--	,15	,20	,30	,21	,24	,30	,22	,30	,13	,06	,04	,10	,16	,25	,16	,03	,12	,21	,05	,09	,08	,09	,15	,12	,27	,23	,29	,02	,08	,04	,07	1,41	,77	1,67	,26	1
2	,15	--	,30	,26	,26	,18	,21	,27	,36	,30	,05	,26	,28	,26	,32	,02	,27	,11	,26	,17	,23	,21	,04	,25	,21	,32	,25	,28	,04	,14	,04	,16	2,21	,98	,23	,26	2
3	,20	,30	--	,23	,23	,16	,20	,16	,28	,19	,10	-,03	,21	,26	,21	,09	,28	,09	,24	,26	,01	,08	,07	,19	,19	,26	,16	,34	-,01	,02	-,03	,08	2,19	1,17	,55	,26	3
4	,30	,26	,23	--	,20	,16	,27	,34	,22	,20	,07	,27	,22	,19	,25	,18	-,02	,22	,22	,24	,09	,31	,21	,21	,32	,37	,16	,28	-,04	-,01	-,02	,00	1,94	1,23	1,19	,26	4
5	,21	,26	,23	,20	--	,34	,28	,36	,18	,12	,14	,07	,21	,26	,46	,22	,21	,12	,30	,11	-,02	,11	-,03	,14	,28	,16	,34	,18	-,04	-,08	-,03	,16	1,55	,96	1,92	,26	5
6	,24	,18	,16	,16	,34	--	,28	,32	,23	,24	-,07	,00	,16	,27	,35	,16	,12	,12	,21	-,03	,03	,22	,09	,14	,26	,32	,45	,10	,09	,05	,09	,05	1,40	,80	2,35	,26	6
7	,30	,21	,20	,27	,28	,28	--	,42	,33	,13	-,06	,06	,17	,08	,27	,15	,10	,27	,30	,13	,09	,13	,03	,16	,23	,29	,25	,19	,16	,06	,18	,11	2,04	1,19	,95	,26	7
8	,22	,27	,16	,34	,36	,32	,42	--	,31	,30	,06	,01	,12	,21	,31	,22	,13	,16	,33	,09	,10	,08	,18	,13	,31	,30	,42	,19	,06	,04	,12	,12	1,83	1,05	1,29	,26	8
9	,30	,36	,28	,22	,18	,23	,33	,31	--	,40	,15	,14	,38	,29	,26	,28	,12	,21	,16	,01	,20	,24	,12	,23	,20	,33	,23	,34	-,10	-,02	,01	,12	1,67	1,10	1,67	,26	9
10	,13	,30	,19	,20	,12	,24	,13	,30	,40	--	,10	,27	,27	,30	,28	,26	,17	,02	,18	,11	,18	,33	,00	,32	,13	,31	,26	,19	-,08	,04	,03	,05	1,97	1,13	1,00	,26	10
11	,06	,05	,10	,07	,14	-,07	-,06	,06	,15	,10	--	,04	,10	,10	,14	,10	,09	-,13	,22	,00	-,09	,21	,06	,05	-,04	-,03	,08	,07	-,11	-,06	-,09	,03	2,56	1,46	,43	,26	11
12	,04	,26	-,03	,27	,07	,00	,06	,01	,14	,27	,04	--	,06	,08	,13	-,06	-,12	,19	-,07	,09	,06	,19	-,11	,13	,07	,18	,02	-,02	-,03	-,04	-,14	-,05	2,04	1,31	1,05	,26	12
13	,10	,28	,21	,22	,21	,16	,17	,12	,38	,27	,10	,06	--	,35	,23	,16	,26	,09	,20	,10	,22	,22	-,04	,11	,22	,33	,19	,18	-,09	,04	,02	,05	2,45	1,27	,41	,26	13
14	,16	,26	,26	,19	,26	,27	,08	,21	,29	,30	,10	,08	,35	--	,43	,27	,11	,16	,11	,08	,13	,17	,07	,14	,28	,37	,26	,31	-,03	,01	-,05	,02	1,63	1,00	1,57	,26	14
15	,25	,32	,21	,25	,46	,35	,27	,31	,26	,28	,14	,13	,23	,43	--	,19	,17	,06	,18	,08	,08	,19	,00	,16	,44	,32	,49	,15	,04	,03	,00	,16	1,69	1,13	1,73	,26	15
16	,16	,02	,09	,18	,22	,16	,15	,22	,28	,26	,10	-,06	,16	,27	,19	--	,17	,11	,20	-,09	,13	,11	,28	,24	,16	,31	,22	,18	,06	,04	,09	,12	1,78	1,15	1,53	,26	16
17	,03	,27	,28	-,02	,21	,12	,10	,13	,12	,17	,09	-,12	,26	,11	,17	,17	--	,03	,26	,11	,25	,06	,14	,25	,00	,13	,15	,28	-,09	,10	,02	,19	2,21	1,16	,74	,26	17
18	,12	,11	,09	,22	,12	,12	,27	,16	,21	,02	-,13	,19	,09	,16	,06	,11	,03	--	-,07	,10	,12	,12	,21	,28	,16	,19	,13	,28	-,10	-,12	-,06	-,13	1,60	,98	1,73	,26	18
19	,21	,26	,24	,22	,30	,21	,30	,33	,16	,18	,22	-,07	,20	,11	,18	,20	,26	-,07	--	,30	,18	,22	,25	,16	,21	,26	,28	,23	,17	,09	,11	,29	1,93	1,19	1,05	,26	19
20	,05	,17	,26	,24	,11	-,03	,13	,09	,01	,11	,00	,09	,10	,08	,08	-,09	,11	,10	,30	--	,18	,07	,00	,22	,04	,04	,09	,24	,08	,02	,11	,04	1,93	1,22	1,18	,26	20
21	,09	,23	,01	,09	-,02	,03	,09	,10	,20	,18	-,09	,06	,22	,13	,08	,13	,25	,12	,18	,18	--	,03	,17	,21	,01	,23	,13	,17	,08	,10	-,04	,19	1,47	,91	2,19	,26	21
22	,08	,21	,08	,31	,11	,22	,13	,08	,24	,33	,21	,19	,22	,17	,19	,11	,06	,12	,22	,07	,03	--	,17	,43	,11	,20	,24	,27	-,11	-,02	-,06	-,08	2,01	1,34	1,17	,26	22
23	,09	,04	,07	,21	-,03	,09	,03	,18	,12	,00	,06	-,11	-,04	,07	,00	,28	,14	,21	,25	,00	,17	,17	--	,21	,18	,10	,04	,40	,00	-,09	-,01	,12	1,92	1,33	1,34	,26	23
24	,15	,25	,19	,21	,14	,14	,16	,13	,23	,32	,05	,13	,11	,14	,16	,24	,25	,28	,16	,22	,21	,43	,21	--	,12	,21	,22	,39	-,10	,06	-,03	-,01	1,99	1,14	1,09	,26	24
25	,12	,21	,19	,32	,28	,26	,23	,31	,20	,13	-,04	,07	,22	,28	,44	,16	,00	,16	,21	,04	,01	,11	,18	,12	--	,34	,39	,20	,11	,07	,04	,14	1,86	1,21	1,43	,26	25
26	,27	,32	,26	,37	,16	,32	,29	,30	,33	,31	-,03	,18	,33	,37	,32	,31	,13	,19	,26	,04	,23	,20	,10	,21	,34	--	,45	,30	,01	,12	,08	,13	1,73	1,19	1,69	,26	26
27	,23	,25	,16	,16	,34	,45	,25	,42	,23	,26	,08	,02	,19	,26	,49	,22	,15	,13	,28	,09	,13	,24	,04	,22	,39	,45	--	,15	,15	-,03	,03	,03	2,31	1,54	,82	,26	27
28	,29	,28	,34	,28	,18	,10	,19	,19	,34	,19	,07	-,02	,18	,31	,15	,18	,28	,28	,23	,24	,17	,27	,40	,39	,20	,30	,15	--	-,09	,00	,09	3,13	1,47	-,15	,26	28	
29	,02	,04	-,01	-,04	-,04	,09	,16	,06	-,10	-,08	-,11	-,03	-,09	-,03	,04	,06	-,09	-,10	,17	,08	,08	-,11	,00	-,10	,11	,01	,15	-,09	--	,45	,52	,29	4,05	1,24	-,03	,26	29
30	,08	,14	,02	-,01	-,08	,05	,06	,04	-,02	,04	-,06	-,04	,04	,01	,03	,04	,10	-,12	,09	,02	,10	-,02	-,09	,06	,07	,12	-,03	,00	,45	--	,58	,47	3,85	1,46	-,92	,26	30
31	,04	,04	,03	-,02	-,03	,09	,18	,12	,01	,03	-,09	-,14	,02	-,05	,00	,09	,02	-,06	,11	,11	-,04	-,06	-,01	-,03	,04	,08	,03	,00	,52	,58	--	,44	3,70	1,49	-,70	,26	31
M	1,67	2,38	2,13	2,26	1,75	1,49	2,03	2,08	1,64	1,89	2,35	2,19	2,31	1,69	1,91	1,89	2,18	1,69	2,20	2,33	2,14	1,69	1,68	1,79	1,94	1,76	1,71	1,73	3,32	3,87	3,69	3,59					M
DE	1,12	1,04	1,28	1,33	1,10	,88	1,25	1,23	1,08	1,10	1,36	1,36	1,26	1,07	1,17	1,25	1,27	1,06	1,34	1,41	1,32	1,01	,97	1,10	1,19	1,06	1,04	1,03	1,49	1,40	1,50	1,51					DE
As.	1,44	,15	,80	,65	1,35	1,92	1,03	,86	1,63	1,08	,64	,86	,56	1,42	1,12	1,21	,80	1,33	,77	,64	,87	1,29	1,54	1,21	1,05	1,39	1,35	1,39	-,31	-,88	-,70	-,53					As.
Cu	,91	-,54	-,47	-,79	,92	3,42	,07	-,24	1,63	,30	-,70	-,44	-,78	1,01	,38	,40	-,35	,90	-,55	-,90	-,38	,79	2,25	,52	,05	1,33	,99	1,31	-,124	-,59	-,99	-,117					Cu

En la Tabla 11 se evidencian índices de consistencia interna Omega de McDonald entre .76 a .85 para la prueba para varones y entre .75 a .85 en la prueba para mujeres.

Tabla 11

Índices de consistencia interna Omega de McDonald

Modelo	Factores	Varones		Mujeres			
		ω	IC95%	ω	IC95%		
4FT	SCP	Sobreingesta por compensación psicológica		.85	.83 - .87	.85	.83 - .87
	DCR	Dieta crónica restringida		.76	.72 - .79	.75	.72 - .78
	CAC	Conducta alimentaria compulsiva		.79	.77 - .81	.83	.81 - .85
	CAN	Conducta alimentaria normal		.78	.76 - .80	.76	.72 - .80

IV. DISCUSIÓN.

Los adolescentes actualmente enfrentan distintas dificultades día a día, siendo uno de ellos los problemas de la conducta alimentaria. Por ello es importante reconocer los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de esta dificultad. En vista de ello, la presente investigación tuvo por objetivo determinar las propiedades psicométricas de la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes del distrito el Porvenir.

En primer lugar, se determinó la validez de contenido, es decir, el nivel de ajuste de los ítems a la teoría mediante el criterio de jueces (Yaghmale, 2003). Se contó con la pericia de doce jueces para la escala de varones como para la de mujeres, teniendo como punto de referencia el nivel de acuerdo medido a través de la V de Aiken (Aiken, 2003). En la escala de varones se observó una V de Aiken entre .72 y 1.00, valores aceptables según Aiken (2003) y cuyo intervalo de confianza mínimo empieza con el .56 siendo los ítems que cargan más bajos, el ítem 1 y 16. No obstante, al analizar el promedio del valor de la V de Aiken se obtiene un puntaje elevado de .93. Al tomar en cuenta los criterios de claridad y relevancia se obtuvieron valores entre .75 a 1.00 siendo un puntaje aceptable, con un intervalo de confianza mínima al .59; los ítems que cargaron bajos en claridad fueron el ítem 1, 16, 26 y 27, mientras que para relevancia, el ítem 16 obtuvo el puntaje más bajo (.75). Al observar el valor de la V de Aiken promedio de claridad y relevancia se obtuvieron valores elevados, .95 (IC 95%: .82 a .99) y .96 (IC 95%: .84 a .99) respectivamente. En vista de lo analizado anteriormente, se decidió utilizar los 32 ítems de la escala de la versión para varones de la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios para observar las cargas factoriales de los ítems que presentaban puntajes inferiores a los de la mayoría.

En la versión de mujeres, se encontró una V de Aiken entre .83 a .97, siendo un valor elevado según Aiken (2003) con un intervalo de confianza desde el 68. La validez de contenido promedio de la escala versión para mujeres fue de .91 (IC 95%: .77 a .97), siendo elevado y aceptable. Lo anterior se corroboró en los análisis de la V de Aiken según los criterios de claridad y relevancia, encontrando valores aceptables entre .83 a .97, con intervalos de confianza

mínimo desde el .68. Asimismo, en el análisis del promedio general en claridad se obtuvo un valor elevado de .90 (IC 95%: .76 a .96); para relevancia, la validez promedio fue de .91 (IC 95%: .78 a .97). Por lo anterior se aprecia que los ítems de la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios reflejan de forma clara, notable y correlacionada a la teoría propuesta por Plata y Gómez (2013).

Asimismo, se identificaron las evidencias de validez de constructo basadas en la estructura interna para comprobar la hipótesis de la eficacia de los ítems sobre la variable (Argibay, 2006). Es por ello que, se realizó el análisis factorial confirmatorio, el cual refiere al procedimiento estadístico que permite determinar el nivel de ajuste del modelo teórico (Batista-Foqueta, Coenders & Alonso, 2004). Para los varones se observó que el modelo de cuatro factores presenta índices de ajuste aceptables ($\chi^2/df= 2.35$; RMR= .049; GFI= .925; NFI= .901, PGFI= .802; RFI= .904; PNFI= .800) según Brown (2006).

Además, las cargas factoriales estandarizadas presentan valores entre .44 a .59 para Sobreingesta por compensación psicológica es decir, los ítems se relacionan de forma moderada con la experiencia afectiva relacionada al estrés, ansiedad, depresión y dificultades familiares en los desórdenes alimenticios (Platas & Gómez, 2013); entre .42 al .67 en dieta crónica restringida, lo que indica que los ítems se relacionan medianamente con las actividades que los niños o adolescentes realizan a fin de obtener el peso ideal (Platas & Gómez, 2013); .61 a .79 en conducta alimentaria compulsiva, denotando que los ítems miden la ingesta continua de alimentos (Platas & Gómez, 2013).; y de .57 a .77 en conducta alimentaria normal, es decir, miden aquellas conductas alimentarias sanas o positivas que contribuyen a que el púber tenga un buen estado de salud (Platas & Gómez, 2013). Estos valores son adecuados y reflejan que los ítems explican el constructo que pretenden medir.

Por otro lado, en el análisis de las correlaciones inter-factor se observaron coeficientes entre .08 a .61, es decir, las dimensiones no convergen entre sí. Teniendo en cuenta los resultados, se evidencia que el modelo de cuatro dimensiones en la población varonil presenta adecuados índices de ajuste en la muestra estudiada, es decir, la Escala de factores de riesgo asociados con

trastornos de alimentación mide el constructo de forma admitida en los púberes masculinos del distrito el Porvenir.

Para las mujeres, se observaron valores adecuados en el modelo de cuatro factores ($\chi^2/df= 2.47$; RMR= .046; NFI= .906, GFI= .913; RFI= .903; PGFI= .788; PNFI= .778); además, las cargas estandarizadas oscilaban entre .42 al .68 en el factor de Sobreingesta; de .48 a .72 para Dieta crónica; entre .69 a .73 para Conducta alimentaria compulsiva; y de .50 a .73 para Conducta alimentaria normal. Todos esos valores son adecuados y evidencian que los ítems miden lo que se pretende medir. Asimismo, en la correlación inter-factor se observaron valores entre .04 a .72, demostrando así, su independencia como similitud entre las dimensiones. En vista de lo anterior, es evidente que un modelo de cuatro dimensiones explica de forma válida al constructo en la muestra femenina de El Porvenir, en donde se aprecia que los ítems de la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación se relacionan con la variable y el instrumento mide aquello que busca evaluar, es decir, explican los patrones de conducta inadecuadas que la persona realiza para buscar tener una figura deseada, a partir de una percepción errónea de su cuerpo, que pone en riesgo su salud (Platas & Gómez, 2013).

Los resultados anteriores son similares a los observados por el estudio de Platas y Gómez (2013) quienes encontraron en el análisis factorial exploratorio observando que para los hombres la varianza explicada era de 38% y sus ítems cargaban entre .58 al .74; para las mujeres, la varianza explicada era del 34% con cargas factoriales entre .41 al .68. De esa forma, se evidencia que el modelo de cuatro dimensiones para varones y de tres para mujeres es aceptado ya que explica coherentemente el constructo, por lo que se concluye que la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes presenta índices adecuados en la población púber de El Porvenir demostrando así su validez.

Por otra parte, no se pudo establecer la invarianza del instrumento estudiado, tal y como Brown (2006) plantea puesto que existen dos versiones del instrumento proporcionados por los autores Platas y Gómez (2013) como parte de su modelo teórico en la cual la diferencia de género es un factor influyente

cuando se manifiestan los trastornos alimenticios en función a lo observado en los centroides de cada grupo de riesgo en función del sexo, donde los varones presentaban valores entre -2.755 y 4.255, mientras que las mujeres puntuaban entre -2.897 y 1.185 (Platas, Gómez, León, Pineda & Guzmán, 2013).

En segundo lugar, se identificó la confiabilidad por medio de la consistencia interna, es decir, se determinó el grado de precisión de los datos en función al error esperado (Morales, 2007). En la población varonil se observaron coeficientes adecuados entre .76 al .85, con un intervalo de confianza al 95% mínimo de .72. En tanto en la de mujeres se observaron coeficientes Omega aceptables entre .75 a .85, con un intervalo de confianza al 95% mínimo de .72. De forma similar, Platas y Gómez (2013) obtuvieron coeficientes Alfa de Cronbach de .86 para mujeres y de .90 para varones. Cabe mencionar que el presente estudio hace uso del coeficiente Omega, por lo que los resultados son más precisos que los encontrados por el coeficiente Alpha puesto que este último suele sobreestimar el valor (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017). De tal modo, se aprecia que la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación posee confiabilidad ya que arroja resultados precisos y consistentes en púberes del distrito el Porvenir.

En consideración con lo expuesto anteriormente, se aprecia que la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes posee adecuadas propiedades psicométricas demostrando su confiabilidad y validez en la población púber, tanto en varones como en mujeres, del distrito El Porvenir.

V. CONCLUSIONES.

En base a los resultados se concluye que:

- Se determinaron las propiedades psicométricas de la Escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación en púberes del distrito el Porvenir.
- Se identificaron las evidencias de validez de contenido a través de criterio de jueces de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en la versión para varones como para mujeres encontrando resultados favorables (.93 para varones y .91 para mujeres).
- Se identificaron las evidencias de validez basadas en la estructura interna a través del método análisis factorial confirmatorio de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes del distrito el Porvenir encontrando ajustes aceptables para el modelo de cuatro factores, en varones ($\chi^2/g.l = 2.35$; RMR= .049; GFI= .925; NFI= .901, PGFI= .802; RFI= .904; PNFI= .800) y mujeres ($\chi^2/g.l = 2.47$; RMR= .046; NFI= .906, GFI= .913; RFI= .903; PGFI= .788; PNFI= .778).
- Se halló la confiabilidad por medio de la consistencia interna en la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación en púberes del distrito el Porvenir, con coeficientes entre .76 al .85 en varones y .75 a .85 en mujeres.

VI. RECOMENDACIONES.

Se sugiere ejecutar la validez de criterio externo con otras escalas que midan el constructo en púberes.

Se recomienda realizar la validez convergente con Escalas de trastornos alimenticios como evidencias de la validez de constructo.

Se sugiere mejorar la confiabilidad por estabilidad con el procedimiento test-retest para corroborar la temporalidad de la precisión y otros procedimientos como la confiabilidad por mitades.

VII. REFERENCIAS.

- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación* (11° ed.). México: Pearson Educación.
- Alfaro, B. (2012). *Acoso escolar recibido y riesgo a desarrollar trastornos alimentarios en alumnas del nivel secundario*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.
- Alves, D.; Arroyo, M.; Basabe, N. & Hernández, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (4), 1148-1155.
- Ángel, L.; Gómez, M. & León, A. (2012). *Relación entre las actitudes, comportamiento alimentario e imagen corporal de los padres con las de sus hijos, niños entre los 8 y 11 años en estrato medio en Bogotá*. (Tesis de Maestría). Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.
- Aragón, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 7 (4), 23-43
- Araujo M. & López H. (2006). *Validación y confiabilización del CIMEC y de la EFRATA (Sección F y H)*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Argibay, J. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(1), 13-29.
- Avellaneda, S. (2009). *Determinación de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Barriguet, M. (2017). *Anorexia y bulimia en niños*. Recuperado el 17 de mayo de <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-infantil/articulos/anorexia-bulimia-ninos.html>
- Borrego, C. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psicol*, 12(1), 13–50.

- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Carrillo, M. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense, Madrid, España.
- Cortese, E. (2010). Influencia de los medios de comunicación en la aparición AN y BN en adolescentes. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamerica, Santa Fe, Argentina.
- Cutipé, Y. (2014). *Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú*. Recuperado el 12 de mayo de <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>
- Chunga, L. (2015). *Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares*. *Revista de Psicología*, 17(2), 116-127.
- Errandonea, I. (2012). Obesidad y trastornos de la alimentación. *Revista médica Clínica CONDES*, 23(2), 165-171.
- Estévez, E. & Santirso, W. (2013). Problemas de alimentación: Los problemas en la adolescencia. Madrid: Síntesis.
- Fairburn, C. (1994). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Pyiquiatr*, 14 (7), 401-408.
- Fassino, S.; Daga, G.; Pierò, A. & Delsedime, N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med*, 28(4), 141-68.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. Norton.
- García-Palacios, A., Rivero, I. & Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y

una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2(1), 91-109.

Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory- 3 Professional manual*. Recuperado el 22 de mayo de http://www4.parinc.com/WebUploads/samplerpts/EDI3_Sample_Report_iConnect.pdf

Garrote, D. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria de Granada*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

Gempeler, R. (2006). Trastorno de la alimentación en hombres, cuatro subtipos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 19(6), 359-379.

Goldstein, A. (1999). Aggression reduction strategies: effective and ineffective. *School psychology Quarterly*, 14 (1), 40-58.

Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Gorab, A. (2005). Trastorno de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia. *¿Cómo ves?*, 1 (1), 4-19.

Graell, M., Villaseñor, A. & Faya, M. (2015). *Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. Del nacimiento a la adolescencia*. Madrid: Lúa Ediciones, 423-30.

Graell, M.; Villaseñor A. & Morandé, G. (2014). *Clínica y evaluación de los trastornos de alimentación de la edad prepuberal*. Ciudad de México: Panamericana.

Hernández, L. y Londoño, C. (2013). Percepción de la figura, índice de masa corporal, afrontamiento, depresión y riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29 (3), 748-761.

- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5° ed.). México: McGraw Hill-ilteramericana.
- Jackson, T. & Chen, H. (2011). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *J. Abnorm Psychol*; 120 (2): 454-474.
- Lask, B. & Bryant, R. (2007). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. (3rd ed). London: Brunner-Routledge.
- León, H. R. (2010). *Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: técnicas asertivas / habilidades sociales y psicoeducativas*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Lopera, M. (2016). *Trastornos alimenticios en los pequeños*. Recuperado el 22 de Mayo de <http://cromos.elespectador.com/bebe/trastornos-alimenticios-en-los-pequenos-20881>
- Lora, C. & Saucedo, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 29(3), 60-67. Ciudad de México: Falta editorial.
- Loubat. O. (2006). Conductas alimentarias: Un factor de riesgo en la adolescencia, resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 31-37.
- Miranda, L. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-César Vallejo en enero del 2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

- Moreno, A. & Londoño, C. (2017). Factores familiares y personales predictores de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes. *Anales de Psicología*, 33 (2), 235-242.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación comportamiento saludable y trastornos*. Madrid: Morata.
- Platas, R. & Gómez- Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes Mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.
- Platas, R.; Gómez, G.; León, R.; Pineda, G. & Guzmán, R. (2013). Capacidad discriminante y clasificación correcta de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA-II). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 4 (13), 124-132.
- Portela, M.; Costa, J.; Mora, G. & Raich, M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Raich, R.M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(2), 604-624.
- Ruíz, M.; González, M.; Fonseca, I. & Santibáñez, R. (2014). Conductas de riesgo en adolescentes. Diferencias entre chicos y chicas. Recuperado el 01 de junio de <https://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2015/03/4RuizGZFonsecaSantiba%C3%B1ez-Comunicacion-Conductas-de-Riesgo-2014.pdf>
- Salinas, P. J. (2010). *Modelos estructurales: factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en muestras de deportistas adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

- Sánchez, A. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis Doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Serrato, G. (2000). *Psicología anorexia y bulimia. Trastorno de la conducta alimentaria*. (1era ed.). Madrid: Grulla.
- Shroff, H. & Thompson, J. (2006). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *J Health Psychol*; 11 (4) 533-569.
- Striegel-Moore, R. & Bulik, C. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181 - 198.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. (1era ed.). Barcelona: Masson.
- Yaghmale, F. (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*, 3(1), 25-2
- Yosifides, A. (2006). *Bulimia y Anorexia. Clínica de los trastornos alimentarios*. (1era ed.). Córdoba: Editorial Brujas

VIII. ANEXOS

Anexo 01 – CUESTIONARIO (para varones)

Sexo: Edad:..... Fecha:.....

Grado:..... Institución educativa:.....

A continuación encontraras una serie de enunciados los cuales deberás responder de acuerdo a lo que tu consideres adecuado, no existen respuestas buenas o malas. Recuerda marcar una sola opción.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Siento que tengo más hambre cuando me enojo.					
2. Pienso constantemente en la comida.					
3. Cuando estoy aburrido me da por comer.					
4. Siento que la comida me tranquiliza.					
5. Siento que podría comer sin parar.					
6. Soy de los que se atiborran (llenen en exceso) de comida.					
7. Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza. .					
8. Me sorprendo pensando en la comida.					
9. Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.					
10. Creo que comer es como el comercial de “No puedes comer solo una”.					
11. No como aunque tenga hambre.					
12. Creo que el que es gordo seguirá siendo así.					
13. Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.					
14. Como sin control.					
15. Siento que no puedo parar de comer.					

16. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).					
17. Evito las tortillas (empanadas) y el pan para mantenerme delgado.					
18. Me siento culpable cuando como.					
19. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.					
20. Me avergüenza comer tanto.					
21. Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.					
22. Me la paso "muriéndome de hambre".					
23. Me gusta sentir el estómago vacío.					
24. Siempre que estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar.					
25. Paso por periodos en los que como mucho.					
26. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.					
27. Siento que como más que la mayoría de mis amigos.					
28. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.					
29. Procuo mejorar mis hábitos de alimentación.					
30. Como lo que es bueno para mi salud.					
31. Respeto a los que comen con medida.					
32. Procuo comer verduras.					

Anexo 02. CUESTIONARIO (para mujeres)

Sexo:

Edad:.....

Fecha:.....

Grado:.....

Institución educativa:.....

A continuación encontraras una serie de enunciados los cuales deberás responder de acuerdo a lo que tu consideres adecuado, no existen respuestas buenas o malas. Recuerda marcar una sola opción.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Soy de las que se atiborran (comen en exceso) de comida.					
2. Siento que tengo más hambre cuando me enojo.					
3. Cuando estoy triste me da por comer.					
4. Siento que podría comer sin parar.					
5. Pienso constantemente en la comida.					
6. Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.					
7. Cuando estoy aburrida me da por comer.					
8. No como aunque tenga hambre.					
9. Como sin control.					
10. Creo que el que es gordo seguirá siendo así					
11. Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.					
12. Siento que la comida me tranquiliza.					
13. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.					
14. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).					
15. Me avergüenza comer tanto.					
16. Evito las tortillas (empanadas) y el pan para mantenerme delgada.					
17. Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.					

18. Me la paso "muriéndome de hambre".					
19. Me gusta sentir el estómago vacío.					
20. Me siento culpable cuando como.					
21. Ingiero comidas o bebidas libres de azúcares.					
22. Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.					
23. Paso por periodos en los que como mucho.					
24. Siento que no puedo parar de comer.					
25. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.					
26. Me sorprende pensando en la comida.					
27. Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.					
28. Como lo que es bueno para mi salud					
29. Procuro mejorar mis hábitos de alimentación.					
30. Procuro comer verduras.					
31. Respeto a los que comen con medida.					

Anexo 03. Carta testigo

Yo,.....docente a cargo de
..... por medio de la presente, autorizo a que
los alumnos del nivel primario de la I.E.
..... a la cual represento, participen en el
trabajo de investigación conducido por la Srta. Marchan Guerrero, Jennifer
estudiante del último ciclo de la carrera profesional de Psicología, perteneciente
a la Facultad de Humanidades de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

La participación de los alumnos de mi representada consistirá en dar respuestas
a la prueba psicológica administrada, correspondiente al tema de investigación.
Previo a ello los alumnos participantes recibieron una explicación clara, por parte
de la investigadora, sobre los propósitos de la evaluación, las razones por las
que se les evalúa y la manera en que se utilizarán los resultados. La
investigadora se ha comprometido también en darles información oportuna sobre
cualquier pregunta, aclarando así posibles dudas durante la prueba.

Los resultados de este estudio serán parte de una tesis que servirá como una
herramienta útil para psicólogos de nuestra localidad.

Por otra parte la investigadora se compromete a respetar el derecho a la
privacidad y anonimato de los alumnos.

Firma del Docente

Firma del investigador
Marchan Guerrero, Jennifer

Lugar y Fecha: Trujillo ____/____/____