

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**UN MODELO ESTRUCTURAL DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE
RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS.**

TESIS:

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

JUAN CARLOS SÁNCHEZ SOSA

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSÉ MORAL DE LA RUBIA**

**CO-DIRECTOR
DR. GONZALO MUSITU OCHOA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN 26 de Agosto DEL 2009

Agradecimientos

En todo trabajo de investigación participan numerosos agentes, personas e instituciones, que gracias a su participación llega a feliz término.

Esta, tesis doctoral, no es una excepción. De ahí, que deseo expresar mis más sincero agradecimiento a quienes directa e indirectamente han participado en su ejecución.

En primer lugar agradezco a mi director de tesis el Dr. José Moral de la Rubia, quien con su generosidad y ayuda permanente y, fundamentalmente, por el respeto que me ha mostrado en todo momento.

De manera especial expreso mi más sincero agradecimiento al Co Director de tesis, Dr. Gonzalo Musitu Ochoa Profesor de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España. Quien, además de contribuir directamente en la conformación tanto teórica como empírica de la presente investigación, ha mostrado un estilo de trabajo cooperativo, profesional y humano que representa un modelo a seguir.

A los sinodales Dr. René Landero, Dra. Mónica González y Dr. Víctor Padilla por sus siempre oportunas e inteligentes observaciones han contribuido de forma significativa a mejorar esta tesis doctoral.

En tercer lugar al alumnado de la Facultad de Psicología quienes sin solicitar nada a cambio han participado de forma altruista y generosa en la aplicación de los instrumentos, así como en la captura de datos, lo que confirma una vez más el carácter altruista que predomina en nuestros jóvenes universitarios.

Deseo expresar un agradecimiento especial al Mtro. Arnoldo Téllez López Directo de la Facultad de Psicología de la UANL, ya que, gracias a su apoyo constante se ha cristalizado el presente proyecto.

Igualmente, un agradecimiento especial a las instituciones educativas que han permitido y contribuido de forma entusiasta facilitando las condiciones necesarias para la obtención de datos de calidad y a la espera de poder recibir la retroalimentación de este trabajo de manera que el análisis realizado en la presente investigación sea el punto de partida para el diseño e implementación de estrategias que contribuyan a la integración del adolescente universitario con sus diversos contextos.

Asimismo, mi más profundo agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) Por el apoyo recibido durante todo el proceso de formación doctoral. También agradezco el apoyo brindado a través del Proyecto de investigación PSI 2008-01535/PSIC “Violencia escolar: Victimización y Reputación Social en la Adolescencia”, Subvencionado por el ministerio de ciencia e innovación de España.

Un especial Agradecimiento al Dr. Víctor Corral Verdugo y a la Dra. Martha Frías Armenta por su invaluable aporte en el presente trabajo.

Finalmente agradezco a mi esposa, María Elena Villarreal González por emprender juntos este proyecto que hoy culmina.

A mis padres mi más sincero agradecimiento por su apoyo incondicional en todas las acciones que he emprendido a lo largo de mi vida.

Finalmente dedico la presente investigación a Juan Carlos mi hijo.

Índice de Contenido

CAPITULO I	10
INTRODUCCION.....	10
I.1 Antecedentes	14
I.1.1. Modelo teóricos de los desordenes alimenticios	14
I.1.1.1 El modelo Psicoanalítico.....	14
<i>I.1.1.3.2 Modelo Bioconductual de la Anorexia.</i>	18
<i>I.1.1.3.3 Modelos Ecológicos</i>	20
I.2. Justificación	31
I.3 Consideraciones Éticas	36
I.4 Planteamiento del Problema.....	36
I.5 Objetivos	36
I.5.1 Objetivo General	36
1.5.1.1 Objetivos Específicos.....	37
I.6 Hipótesis.....	38
CAPITULO II	40
MARCO TEORICO	40
II.1. La perspectiva de campo en Psicología	40
II.1.1 Teoría de Campo de la Gestalt	42
II.1.2 Teoría de Campo Interconductual	45
II.2. Adolescencia y los Desordenes Alimenticios	47
II.3. La Familia como Influencia Contextual.....	53
II.4 La Influencia de los Iguales y el Contexto Escolar.....	57
II.4.1 La Influencia de los Iguales en los Adolescentes.	58
II.4.2 La Adolescencia y el Contexto Escolar	60
II.5 El factor Psicológico en los Desordenes Alimenticios.....	66

II.5.1 La Imagen Corporal y los Desordenes Alimenticios	68
II.5.2 Autoestima y los Desordenes Alimenticios.....	72
II.5.3 La Alexitimia y los Desordenes Alimenticios.....	74
II.5.4 La Conducta (sintomatología) Depresiva y los Desordenes Alimenticios	75
II.6 Conducta Alimentaria de Riesgo	76
CAPITULO III	81
METODO	81
III. 1 Tipo de estudio.....	81
III. 2 Muestra	81
III.3 Instrumentos de Evaluación	82
III.3.1 Variables Contextuales.....	82
III.3.1.1 Variables Familiares.....	82
III.3.1.2.1 Escala Breve de Ajuste Escolar (EBAE-10).....	85
III.3.1.3 Variables Comunitarias.....	87
III.3.2.Variables Personales	88
III.3.3. Variable Dependiente.....	95
III.3.3.1 Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo	95
III. 4 Procedimiento.....	96
III.5 Análisis de Datos	98
CAPITULO IV	107
RESULTADOS	107
IV.1 Descripción Muestral	107
IV. 2 Descripción de Variables	108
IV. 2.1 Normalidad Univariante.....	109
IV. 2.2 Medidas de Tendencia Central.....	109
IV. 3 Factorial y Fiabilidad de las Variables.....	112

IV.3.1 Variables Contextuales.....	112
IV.3.1.1 Contexto Familiar	112
IV. 3.2 Variables Personales	124
IV.3.2.1 Variables Psicosociales.....	124
IV.3.3. Variable Dependiente	130
IV.4 Análisis de Diferencias de Conducta Alimentaria de Riesgo.....	131
IV.5 Dicotomización de las Variables.....	132
IV.5.1 Diferencias de Variables Familiares Dicotomizando CAR	137
IV.5.2 Diferencias de Variables Escolares Dicotomizando CAR.....	137
IV.5.3 Diferencias de Variables Comunitarias Dicotomizando CAR	138
IV.5.4 Diferencias de Variables Psicosociales Dicotomizando CAR.....	138
IV.6 Análisis Discriminante	139
IV.6.1 Pruebas de Validación de la Función Discriminante	139
IV.6.2 Matriz Discriminante.....	141
IV.7 Análisis Correlacional	143
IV.8 Modelo Explicativo de Conducta Alimentaria de Riesgo.....	151
CAPITULO 5	159
DISCUSION Y CONCLUSIONES	159
Anexos	183

Índice de Tablas

Tabla 1. Análisis Descriptivo Muestral.....	108
Tabla 2. Medidas de tendencia central y normalidad univariante de las variables de estudio	111
Tabla 3. Índices de Ajuste por Análisis Factorial Confirmatorio	118
Tabla 4. Variables Independientes para el Análisis de Diferencias.....	131
Tabla 5. Comparación de Medias de Conducta Alimentaria de Riesgo por Género	131
Tabla 6. Comparación de Medias de Conducta Alimentaria de Riesgo por Escolaridad.....	132

Tabla 7. Diferencias de Conducta Alimentaria de Riesgo por Tipos de Adolescencia.....	132
Tabla 8. Dicotomización de las Variables de Estudio por Conglomerados	136
Tabla 9. Diferencias de Variables Familiares en Grupos de CAR Dicotomizada	137
Tabla 10. Diferencias de Variables Escolares en Grupos de CAR Dicotomizada	138
Tabla 11. Diferencias de Variables Comunitarias en Grupos de CAR Dicotomizado.....	138
Tabla 12. Diferencias de Variables Psicosociales en Grupos de CAR Dicotomizada	139
Tabla 13. Centroides Finales de Conglomerados y Número de Alumnos por grupos.....	139
Tabla 14. Resultado de la prueba M de Box de Igualdad de Covarianzas.....	140
Tabla 15 Pruebas de Validación de la Función Discriminante	140
Tabla 16. Centroides de la Función Discriminante Para Cada Grupo	141
Tabla 17. Matriz de Estructura del Análisis Discriminante de CAR	143
Tabla 18. Bondad de Ajuste del Modelo Explicativo de Conducta Alimentaria de Riesgo	154
Tabla 19. Comparación bondad de ajuste de modelo con y sin parámetros no significativos	158
Tabla 20. Análisis comparativo del modelo estimado con otros modelos estructurales.....	166

RESUMEN

En el marco de la Psicología de campo en donde el factor psicológico se aborda desde una perspectiva psicosocial se especificó y contrastó un modelo explicativo de efectos directos e indirectos para predecir conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados que integre variables contextuales y personales, mediante un estudio correlacional explicativo no experimental de tipo trasversal. Se utilizó una muestra no probabilística seleccionada de cuatro instituciones educativas dos de nivel secundaria y dos de educación media superior de la zona conurbada del estado de Nuevo León, México. Se emplearon una serie de instrumentos que reportaron índices adecuados de fiabilidad, en el análisis de los datos se usaron medidas de tendencia central, análisis correlacional, conglomerados de K medias, análisis de diferencias, análisis discriminante y modelamiento de ecuaciones estructurales. Los resultados obtenidos muestran que el modelo especificado obtuvo un 69.70 % de varianza explicada además de contar con niveles adecuados de bondad de ajuste tanto en los tres índices de bondad de ajuste absoluto (RMSEA=.056; GFI=.91; AGFI=.89) como en los cuatro índices de ajuste comparativo (NFI=.90; NNFI=.91; CFI=.92; IFI [Δ] =.92). Se concluye que el modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo se ajusta bien a los datos, es compatible con el modelo explicativo psicosocial que se presenta como marco teórico, al integrar una estructura contextual ecológica que presenta una relación indirecta y significativa del contexto familiar y escolar sobre la variable dependiente, así como una relación causal significativa de las variables psicosociales con la conducta alimentaria de riesgo

Palabras Claves: Conducta Alimentaria de Riesgo, Factores Contextuales, Factores Psicosociales, Teoría de Campo.

CAPITULO I INTRODUCCION

El factor psicológico respecto a los desordenes alimenticios tanto en investigación como en la actividad terapéutica ha estado influida por la tradición intelectualista en Psicología (Ribes, 2002).

Los diversos modelos teóricos sobre el tema en el plano psicológico tienen en común una característica que regula su estructura teórica y su quehacer práctico, que es la de centrar sus explicaciones en la determinación de factores causales de índole interna conceptualmente confusos.

Esta normatividad conceptual da lugar a considerar estos desordenes como trastornos producto de una psicopatología en la que se involucran desde elementos explicativos pseudocientíficos (simbolismo psicoanalítico), modelos reduccionistas que centran sus explicaciones en alteraciones perceptuales y/o actitudinales (cognitivo-afectivas) de imagen corporal (Garner & Garfinkel, 1981) hasta modelos multideterminados que contemplan diversos factores interactuantes los cuales amalgaman una serie de variables que lejos de formar una estructura teórica integradora se convierten en una ensalada conceptual producto de hibridaciones teóricas endebles (Sánchez-Sosa, Téllez & Villarreal-González, 2009).

El presente trabajo pretende constituir un modelo explicativo de la conducta alimentaria de riesgo en donde el abordaje del factor psicológico reemplace los hábitos categoriales anteriormente señalados, y se desarrolle en base a una geografía lógica conceptual que ponga de manifiesto la lógica de sus proposiciones conceptuales (Ryle, 2005), dentro de un marco contextual y cultural y bajo una perspectiva de campo.

A lo largo del presente trabajo se utilizan dos conceptos, los cuales será preciso aclarar: Desordenes Alimenticios (DA) y Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR).

Cuando se habla de desordenes alimenticios se hace referencia a la problemática alimentaria en un amplio espectro que abarca problemas relacionados con sobre peso como con infrapeso, que se definen como un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético (Schlundt & Johnson, 1990). Por otra parte, el término conducta alimentaria de riesgo se refiere a los hábitos alimenticios que pueden desencadenar desordenes relacionados con el infrapeso (anorexia y bulimia).

La estructura contextual del presente estudio se centra en el modelo ecológico de Bronfenbrenner el cual se fundamenta en la teoría de campo gestáltica de Lewin (Torrice, Santín, Andrés, Menéndez, & López, 2002; Ramos, 2008). Esta postura ecológica, enfatiza que las interacciones y acomodaciones entre la persona en desarrollo y su ambiente, explican como los acontecimientos en diferentes contextos afectan la conducta humana directa o indirectamente (Martos, 2005).

Aun y cuando este modelo retoma el carácter fenomenológico reduccionista de la Psicología topológica (Lewiniana). Se rescata el análisis sistémico contextual (círculos concéntricos) mismo que está exento de toda explicación fenomenológica.

En la especificidad del análisis, esta investigación se encuentra adscrita a la línea de investigación del Dr. Gonzalo Musitu Ochoa la cual se centra en la identificación de factores de riesgo y protección asociados a la implicación del adolescente en problemas de conducta.

Este modelo explicativo psicosocial contempla que la adolescencia (etapa en donde se presentan y desarrollan los desordenes alimenticios) es un producto contextual, la cual es construida a partir de materiales e interacciones de un

contexto que define el marco de sus posibilidades y oportunidades (Funes, 2005). Entendiendo este contexto como una multiplicidad de contextos como el cultural, familiar, escolar, comunitario y legal (Jiménez, 2006).

El planteamiento meta teórico de las variables personales se fundamenta en la perspectiva de campo interconductual la cual supone el abandono de la noción de que lo psicológico y/o sus supuestos procesos (emoción, aprendizaje, percepción etc.) sean algo que le sucede a un organismo o que sucede en el organismo; en vez de esto, se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total (Kantor, 1971).

Esta concepción de campo interconductual de las variables psicológicas da sentido al concepto de variables psicosociales que se emplea en esta investigación. Se asume que la perspectiva de campo interconductual tiene una concordancia lógica con la estructura contextual de Bronfenbrenner y con los conceptos psicosociales de Musitu. Sin embargo, es preciso señalar que en el presente trabajo no se contemplan las variables psicosociales como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). Si bien no se adopta la estructura conceptual de la Teoría de la Conducta (Ribes & López, 1985), las variables psicosociales son contempladas como eventos prístinos (Kantor, 1971).

Resumiendo, el marco teórico-conceptual que fundamenta esta investigación, integra la estructura contextual de Bronfenbrenner y la identificación de factores de riesgo y protección del modelo de Musitu, bajo una concepción de campo interconductual.

Cabe mencionar que esta integración teórica es abordada en numerosos artículos (Cava & Musitu 2001; Cava & Musitu, 2002; Cava, Murgui & Musitu 2008;.Musitu, Jiménez & Murgui 2007; Cava, Musitu & Murgui 2007; Cava, Musitu & Murgui 2006; Buelga, Musitu & Murgui, 2009; Estévez, Murgui, Musitu & Moreno 2008;

Estévez, Musitu & Herrero 2005; Estévez, Musitu & Martínez 2004; García, Musitu & Veiga 2006; Gracia, Herrero & Musitu 2002; Herrero & Gracia 2004; Jiménez, Murgui & Musitu 2005).

En el plano metodológico y siendo el objetivo principal de esta investigación la especificación y contrastación de un modelo explicativo de la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados, se emplea la técnica de modelamiento de ecuaciones estructurales la cual nos permite proponer estructuras causales entre las variables la cuales pueden ser tanto observadas como latentes (Bentler, 1989).

Las variables latentes son construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones. Sin embargo el considerar que las variables latentes no son observables a simple vista no presupone aceptar la noción mentalista clásica de que estos constructos sean entidades internas transespaciales (Kantor, 1969).

Desde esta perspectiva las variables latentes se definen operacionalmente en términos de comportamientos que deben representarlas (Corral, 1995). Por lo que el abordaje metateórico de la redefinición de los conceptos resulta igualmente compatible con la técnica estadística empleada en el análisis de los datos.

Así, el interés de este trabajo se centra en conocer cómo es que diversos contextos (familia, escuela y comunidad) mediados por una serie de variables personales (psicosociales), influyen en la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. Es decir, consideramos que estas variables psicológicas actúan directamente en la conducta alimentaría de riesgo y a la vez como mediadoras en la relación entre los diversos contextos y dicha conducta desadaptativa de la población estudiada.

I.1 Antecedentes

I.1.1. Modelo teóricos de los desordenes alimenticios

El término modelo ha sido ampliamente utilizado como herramienta conceptual en la investigación social, sin embargo su carácter polisémico ha ocasionado confusión por lo que es preciso delimitar y clarificar el concepto así como su relación con la teoría (Callejo,2000).

Un modelo es la representación de un determinado fenómeno en el que todos sus elementos conceptuales han sido operacionalizados y expresados en una relación causal entre ellos, la cual ha sido validada por una teoría. Desde esta perspectiva se considera al modelo como una especificación de la teoría que ofrece una explicación observable de los elementos que integran el fenómeno estudiado.

A continuación se abordan brevemente los modelos teóricos más representativos de los desordenes alimenticios.

I.1.1.1 El modelo Psicoanalítico

El modelo psicoanalítico Freudiano de los desordenes alimenticios se expresa en el manuscrito G de 1895 sobre la melancolía sostiene que la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia argumentando que la tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. Sin embargo, así como surge esta pseudo explicación intelectualista al más puro estilo literario freudiano, existen múltiples interpretaciones mágicas de corte psicoanalítico que a lo largo de la historia se han ido cobijando a la sombra del cuadro de moda del momento, melancolía, psicosis, histeria, etc. (Almenara,2003) sin que hasta ahora puedan aportar elementos pertinentes en el plano descriptivo, predictivo y de intervención sobre los desordenes alimenticios. Un claro ejemplo de estas variaciones psicoanalíticas lo representa la perspectiva transpersonal Jungiana en donde la anorexia podría ser entonces un camino hacia la

individuación en el que la mujer se reúne con la Madre y recupera para sí el significado que tiene para ella su existencia femenina (Araya, 2001).

Durante la década de los setentas surgen las posturas neo psicoanalíticas que destacan el papel preponderante de las alteraciones de la Imagen Corporal (IC) en los denominados Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). La Dra. Hilde Bruch de orientación neo Freudiana aun y cuando parte de que el psicoanálisis tradicional, con su énfasis en la interpretación de procesos inconscientes es bastante ineficaz (Bruch, 1982) atribuye las alteraciones de la IC a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal.

Para Bruch (1973) la distorsión de la imagen corporal así como las disfunciones alimentarias tiene un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver. Bruch (1981) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de anorexia nerviosa: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la imagen corporal; una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador.

Desde entonces, se considera un criterio diagnóstico de Anorexia y Bulimia a la alteración de la imagen corporal (Morales, 2006). Otra herencia de la postura Psicopatológica de los TCA es su relación con trastornos de personalidad, especialmente asociado a rasgos obsesivos, histéricos y compulsivos (González, Unikel, Cruz & Caballero, 2003).

Para el Psicoanálisis en cualquiera de sus acepciones, la explicación de los desordenes alimenticios tienen una base psicopatológica en la que no se constituyen conceptualmente con una nosología propia, sino que es una forma

sintomática de otra estructura clínica llámese neurosis, perversión o psicosis (López, 1999).

I.1.1.2 Modelos Cognitivo-Afectivos

En el abordaje de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se considera a la alteración de la Imagen Corporal como el factor psicológico determinante tanto en la etiología como en el diagnóstico de estos desordenes alimenticios.

Baile (2003), asume que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico. Así, tenemos que esta aproximación teórica considera que las alteraciones de la imagen corporal incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas (Garner & Garfinkel, 1981).

Algunos autores (Sánchez-Sosa, 2007; Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol, & Ferrer, 2002; Benedito, Perpiñá, Botella, & Baños, 2003; Espina, Ortego, Ochoa, Alemán & Juaniz, 2001 Johnson & Wardle, 2005), han encontrado una relación directa y significativa entre insatisfacción de imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo sin embargo, también se han reportado hallazgos contradictorios respecto a la relación que guardan estas variables.

Johnson y Wardle (2005) analizaron los efectos de diversos factores respecto a los desordenes alimenticios encontrando que las correlaciones simples confirman la expectativa que los niveles más altos de insatisfacción corporal y restricción alimentaria están asociados con los niveles de ingesta alimenticia anormal y bajo peso, sintomatología bulímica, depresión, baja autoestima, y estrés.

Al utilizar una regresión logística múltiple para examinar la capacidad predictiva de las variables, se determinó que tanto las dietas restrictivas como la insatisfacción de imagen corporal aparecían como los factores que mejor predecían la ingesta alimenticia anormal y el infrapeso.

En un estudio similar Sánchez-Sosa, Villarreal-González & Moral (2008) reportaron que, a mayor índice de masa corporal mayor insatisfacción de imagen corporal y también mayor presencia de conducta alimentaria de Riesgo, concluyendo que si bien es cierto existe una estrecha relación entre estas variables, dicha relación no presupone la presencia de rasgos preclínicos de trastornos de conducta alimentaria. Los hallazgos de esta investigación indican que tanto la insatisfacción de imagen corporal como la conducta alimentaria de riesgo está más asociada con el sobrepeso que con el infrapeso, estas contradicciones sugieren que un modelo teórico basado en alteraciones perceptuales y/o actitudinales de la imagen corporal no tiene capacidad heurística para explicar la conducta alimentaria de riesgo.

I.1.1.3 Modelos Multideterminados

El carácter multifactorial de las modernas explicaciones en ciencia ha conducido a replantear el abordaje de la conducta alimentaria y por ende encaminar los esfuerzos hacia la búsqueda de nuevos modelos explicativos acordes con la perspectiva holística de la ciencia.

En un estudio realizado por March et al. (2006) acerca de los trastornos de conducta alimentaria conceptualizan a esta como una enfermedad multicausal. De igual forma, Acosta-García, Llopis, Gómez-Péresmitré & Pineda (2005) contemplan que los trastornos del comportamiento alimentario se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

1.1.1.3.1. Modelo Multidimensional de la Anorexia

Un intento por encontrar una explicación holística de los desordenes alimenticios se observa en el modelo multidimensional de la anorexia de Toro y Vilardell (1987) quienes consideran la interacción de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento:

Factores Predisponentes

Factores genéticos, Edad 13-20 años, Sexo femenino, Trastorno afectivo, Introversión/inestabilidad, Sobrepeso en la pubertad y adolescencia, Nivel social medio/alto, Familiares con trastorno afectivo, Familiares con adicciones, Familiares con trastornos de la ingesta, Obesidad materna, Valores estéticos dominantes.

Factores Precipitantes

Cambios corporales, Separaciones y pérdidas, rupturas conyugales del padre, Contactos sexuales, Incremento rápido de peso, Críticas sobre el cuerpo, Enfermedad adelgazante, Traumatismo desfigurador, Incremento en la actividad física, Acontecimientos vitales.

Factores Perpetuantes

Consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones anoréxicas, actividad física excesiva, iatrogenia.

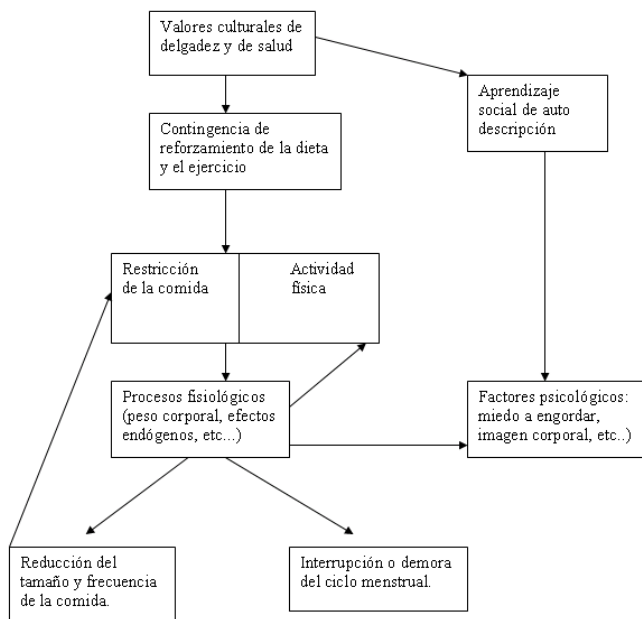
Este modelo, aunque contempla diversos factores, no establece una integración teórica de los mismos, muy probablemente porque parten de un modelo médico en el que el factor biológico es considerado como el determinante principal e inclusive el factor psicológico también es contemplado desde una perspectiva psiquiátrica pues se sigue conceptualizando como una psicopatología.

1.1.1.3.2 Modelo Bioconductual de la Anorexia.

Epling y Pierce (1992) desarrollaron un modelo de la anorexia considerando factores culturales, conductuales y biológicos. Este modelo basado en el Análisis Experimental del Comportamiento analiza las relaciones funcionales que regulan la anorexia explicando cómo los síntomas físicos y psicológicos son producto del

hambre y del aprendizaje social. Estos autores sostienen que cuando en los sujetos de peso normal o bajo se ve incrementado el nivel de actividad el apetito disminuye, esta condición propicia un ciclo incremento actividad-reducción de ingesta que en situación experimental con infrahumanos provoca el deceso de los sujetos (Pierce & Epling, 1994).

El componente cultural del modelo de anorexia por actividad se centra en el ideal de belleza occidental cuya característica es la extrema delgadez, este parámetro cultural propicia que se refuercen las dietas restrictivas y el incremento de actividad física. Un aspecto muy importante de este modelo es que sostiene que los síntomas físicos y psicológicos de la anorexia van seguidos antes que precedidos por la actividad inducida por el hambre, de tal manera que tanto la preocupación por la comida, los vómitos, distorsión de imagen corporal, depresión y pérdida de deseo sexual se producen después del ejercicio y las restricciones alimenticias.



Modelo Bioconductual de la anorexia (Epling & Pierce 1992)

1.1.1.3.3 Modelos Ecológicos

Por otra parte, se han desarrollado modelos explicativos basados en modelos ecológicos que consideran que en el comportamiento alimentario de una persona inciden diversos factores culturales, sociales, económicos y políticos por lo que este no puede reducirse a aspectos meramente biológicos y psicológicos internalistas (Stephen, 2006). Estos modelos establecen que los seres humanos evolucionan y se desarrollan en un constante ir y venir de similitudes y diferencias que se derivan de su potencial genético, su nicho ecológico, su herencia cultural y su historia conductual (Díaz-Guerrero, 1972).

Contreras (2002) ha desarrollado una línea de investigación relacionada con la práctica alimentaria y la cultura conceptualizando a la alimentación, como un hecho complejo y diverso que puede ser descrito como un fenómeno multidimensional en el que interactúan la biología y las respuestas adaptativas desarrolladas en cada contexto tomando en cuenta como factores no solo el lugar sino también el tiempo, lo que lo convierte en un fenómeno social, cultural e identitario (Contreras, 2007).

De esta manera el comprender la alimentación implica contemplar las categorías taxonómicas de los alimentos que cada cultura elabora respecto a los productos alimenticios y a las prácticas alimenticias referentes a la producción, distribución y consumo de los alimentos que determinan el comportamiento alimentario.

Según Contreras (2007) la alimentación está pautada por el sistema de creencias y valores existentes en cualquier cultura y momento determinando, estas circunstancias condicionan que alimentos son objeto de aceptación o rechazo en cada situación y para cada tipo de persona esto lleva como consecuencia a la creación de categorías de alimentos como serían saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos, adultos e infantiles e inclusive femeninos y masculinos.

Este tipo de condicionantes ideológicos son aspectos importantes a considerar en el análisis de la conducta alimentaria en donde es trascendental la influencia cultural inclusive algunas prácticas de carácter religioso (Oliveras-López et al. 2006; Contreras, 2007).

En relación a lo anteriormente descrito, Hesse-Biber, Leavy, Quinn y Zoino (2006) establecen que los desordenes alimenticios no son solamente de naturaleza psicológica sino que tienen que ver con una problemática de índole social.

Las investigaciones orientadas hacia la determinación de la influencia cultural en los desordenes alimenticios deberán de contemplar diversos aspectos de aculturación y/o identificación étnica (White & Grilo, 2005). Estudios etnográficos han encontrado diferencias transculturales en relación a la forma corporal ideal en donde contrariamente al ideal de delgadez de la cultura occidental en algunas culturas se reporta una asociación positiva entre el prestigio social y la acumulación de grasa ya que esta se relaciona con un mayor acceso a recursos alimenticios lo que refleja mayor potencial económico y social (Swami & Martin, 2006).

Por otra parte, Regan y Cachelin (2006) encontraron diferencias en cuanto a comportamientos restrictivos entre un grupo de mujeres asiáticas y un grupo de hispanas, afroamericanas y caucásicas. Sin embargo, estudios realizados por Willemsen y Hoek (2006), así como Arnsperger (2007) ponen en evidencia la noción de protección cultural respecto a los trastornos alimenticios ya que sus resultados respaldan la importancia que tiene la influencia contextual por sobre la condición étnica.

Marín en el 2002 considera que en la etiología de los problemas alimenticios se debe de contemplar una combinación de factores biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima);

familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos) y sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética).

Entre las investigaciones que han abordado un enfoque multifactorial, Villasís-Keever, Pineda-Cruz, Halley-Castillo, Alva-Espinosa (2001) realizaron un estudio para determinar los factores asociados a desnutrición infantil considerando factores asociados entre otros a la funcionalidad y composición de la familia encontrando que a mayor número de miembros en una familia mayor frecuencia de desnutrición. En otro estudio, Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez (2007) evaluaron los factores psicosociales (ansiedad, depresión, autoconcepto y disfunción familiar) asociados a trastornos de alimentación en adolescentes de un colegio nacional de una zona urbano marginal de Lima.

Por su parte, Magallanes, León, Arias y Herrera en 1995 realizaron un estudio para determinar la relación entre las características sociodemográficas y de funcionalidad familiar con las prácticas de salud de estudiantes universitarios entre ellas la relacionada con aspectos nutricionales.

Considerando factores de índole personal que inciden en los trastornos de conducta alimentaria, Moral (2002) señala a la alexitimia como un factor que está estrechamente asociado a la anorexia, por su parte Chapur y Marian (1999) encontraron altos porcentajes de comorbilidad en los TCA en relación a Depresión (99%) y alexitimia (71%). Un estudio realizado por de Berardis et al. (2007) con población no clínica encontró que rasgos alexitímicos aunados a baja autoestima e insatisfacción de imagen corporal puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de Conducta alimentaria de riesgo (CAR).

En un estudio realizado por Zabinsky, Wilfley, Calfas, Winzelberg y Taylor (2004), encontraron efectos secundarios en relación a la autoestima ya que se informó de un aumento en la autoestima del grupo en tratamiento en relación al grupo control,

llegando a la conclusión de que las condiciones de salud alimenticia tienen efectos positivos en la autoestima.

Gila, Castro, Gómez y Toro (2005) evaluaron las propiedades psicométricas del SEED (Self-esteem in eating disorders) que es un cuestionario auto administrado que evalúa la autoestima social y corporal en adolescentes con trastornos en la alimentación comparando estos factores en 170 pacientes adolescentes con trastornos de la alimentación, 115 con anorexia nerviosa (media de edad 15.6) .55 con bulimia nerviosa (media de edad 16.2) y 359 chicas de la población general (media de edad 14.9). El SEED demostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach para los pacientes alimentarios $\alpha=.94$ y para la población general $\alpha=.87$).

La fiabilidad test-retest tras una semana fue también adecuada tanto en pacientes con trastorno de la alimentación ($r= .77$) como en chicas de la población general ($r=.86$). El análisis factorial produjo dos factores que explicaban el 59% de la varianza. Las diferencias entre las pacientes anoréxicas y bulímicas por un lado y las chicas del grupo de comparación por otro en los dos factores obtenidos en el análisis factorial fueron altamente significativas ($p<.001$). Finalmente los autores concluyeron que los pacientes adolescentes con trastornos de la alimentación tienen más baja autoestima social y corporal que los adolescentes de la población general.

En un estudio realizado por González, Unikel, Cruz y Caballero (2003), se señala la presencia de rasgos obsesivos y de timidez y dependencia en una frecuencia de 21 a 67% de los casos reportados de investigación mientras que, entre el 51 y 67% de estos casos reportan niveles altos de ansiedad.

En relación a estados emocionales negativos relacionados con conducta alimentaria de riesgo y los trastornos de conducta alimentaria Chapur y Marian (1999) comentan que tanto la anorexia como la bulimia se encuentran relacionadas con la depresión.

Nolen, Stice, Wade y Bohon (2007) encontraron que la conducta de rumiar asociada con la bulimia está asociada a estados depresivos. En un estudio longitudinal realizado por Measelle; Stice y Hogansen (2006) encontraron que en los sujetos que presentaron niveles iniciales de depresión se presentaban desordenes alimenticios posteriores.

Respecto a los efectos que el apoyo social tiene en relación con la conducta alimentaria, Fuemmeler et al. (2006) realizaron una investigación en la que concluyeron que el apoyo social tenía un efecto directo en el consumo de frutas y verduras.

Sin embargo, las investigaciones que incluyen en sus análisis el factor social han atendido a las funciones protectoras y efectos positivos de las relaciones sociales en los ámbitos de bienestar físico y psicológico, un esfuerzo más limitado ha sido dirigido a examinar los factores que determinan el desarrollo de estas relaciones.

Sin embargo, dichas investigaciones se han enfocado en buscar correlaciones en cuanto a factores tales como la integración social o las redes sociales, sin considerar que las variables que determinan el desarrollo, la estructura, y funcionamiento de las relaciones sociales son múltiples por lo que es preciso que estas deban de ser analizadas en niveles diferentes incluyendo el personal, interpersonal, y situacional (Herrero & Gracia, 2004)

Además, la identificación de factores socioculturales y familiares asociados a la etiología de los TCA, así como la prevalencia de la enfermedad entre la población escolar, provocan una amplia discusión sobre las posibilidades de prevención y detección precoz, en diversos contextos sociales como pueden ser el ámbito educativo, la familia y los medios de comunicación (March et al. 2006).

Una aproximación teórica que contempla parámetros explicativos en diversos niveles es la postura ecológica de Bronfenbrenner en la que se contempla que, el

individuo crece y se adapta a través de intercambios con su ambiente el cual se encuentra organizado en estructuras concéntricas: Macrosistema (influencia cultural), Exosistema (entornos sociales de influencia indirecta), Microsistema (contextos de influencia directa como familia, escuela, amigos) Mesosistema (interrelaciones entre los microsistemas).

Esta estructura denominada por Bronfenbrenner ambiente ecológico, delimita los contextos interactivos del individuo y considera que el desarrollo individual se lleva a cabo a través de los intercambios que la persona establece con su ecosistema inmediato que sería la familia y otros ambientes más distales como la escuela (Gracia,& Musitu, 2000).

Así, esta perspectiva teórica, plantea que los problemas de conducta en la adolescencia no pueden atribuirse únicamente al individuo, sino que deben considerarse como el producto de una interacción entre éste y su entorno.

Si analizamos el problema de los desordenes alimenticios desde este enfoque, debemos considerar que sus causas son múltiples y complejas y que es preciso examinarlas en términos de interacción entre individuos y contextos (Díaz-Aguado, 2002).

Desde esta perspectiva el Dr. Gonzalo Musitu ha desarrollado una línea de investigación sobre la identificación de factores de riesgo y protección asociados a la implicación del adolescente en problemas de conducta. El modelo psicosocial de Musitu considera que problemas como las conductas delictivas o el consumo de sustancias entre otras son fruto de un equilibrio de fuerzas entre la acumulación de factores de riesgo y de protección (Jiménez, 2006)

I.1.1.4 Modelos Estructurales de Desordenes Alimenticios.

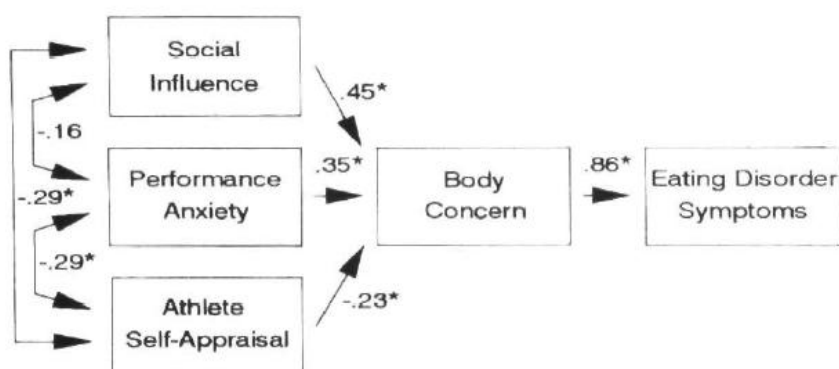
Williamson, et al. (1995) probaron un modelo estructural lineal con una muestra de 98 mujeres influencia social para la delgadez, para ansiedad atlética de

desempeño, y para la autovaloración de logro atlético, desordenes alimenticios en atletas universitarios.

Utilizando el paquete estadístico Lisrel VII realizaron un análisis de trayectorias (Path Analysis) mediante la especificación de un modelo que integraba las siguientes variables predictoras: la presión de influencia social respecto al ideal de delgadez, la ansiedad del desempeño atlético, la auto apreciación de logro atlético, la insatisfacción de imagen corporal; teniendo como variable dependiente los síntomas de desordenes alimenticios.

El modelo ajustado a los datos muestra relaciones significativas entre las variables con coeficientes estructurales mayores a .20. Respecto a la bondad de ajuste, los indicadores prácticos GFI, AGFI y CFI mostraron valores superiores a .90. Sin embargo, el estudio no presenta datos del indicador poblacional (RMSEA) y el indicador estadístico de chi cuadrada muestra valores superiores a .05.

Los autores concluyen que la presión social de entrenadores y pares atletas respecto al ideal de delgadez, aunada a la ansiedad sobre el desempeño atlético y la auto apreciación negativa de logro atlético están asociadas con la insatisfacción de imagen corporal. Encontrando una relación directa entre la preocupación excesiva de la imagen corporal y los síntomas de desordenes alimenticios.



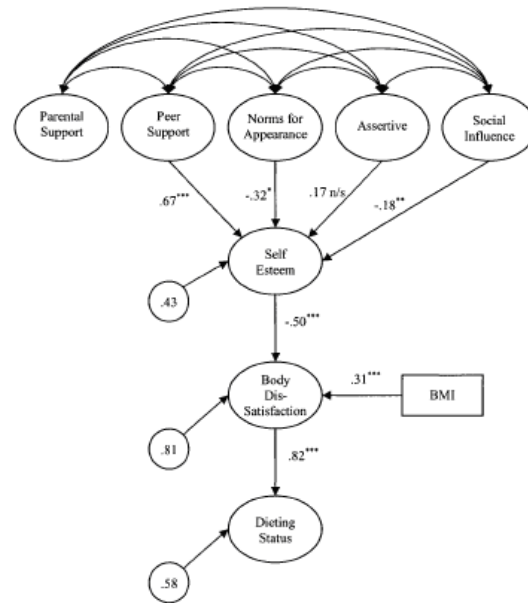
Modelo Psicossocial de síntomas de desordenes alimenticios Williamson, et al 1995.

Saucedo–Molina y Gomez-Peresmitre (2004) desarrollaron un modelo predictivo de dieta restringida (tendencia repetitiva a la auto privación de alimentos) en púberes mexicanas (n= 497) mediante la estimación de factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioculturales.

Sus resultados muestran que la influencia de la publicidad es la variable que mayor efecto directo ejerce (.263) seguida de: preocupación por el peso y la comida (.241), malestar por la imagen corporal (.130) y el Índice de la Masa Corporal (.127). Respecto a la bondad de ajuste del modelo reportan un indicador estadístico de Chi cuadrada adecuado ($\chi^2(6) = 10.659$; $p > 0.1$) un índice de ajuste normado (NFI) superior a .90 además de un índice poblacional (RMSEA) adecuado (.40).

Cohn (2006) probó, un modelo estructural multifactorial para predecir el estado dietético de una muestra de 301 estudiantes universitarias inscritas en cursos introductorios de Psicología en la Universidad Estatal de Colorado. El modelo estructural final especificó que la relación entre la autoestima y estado dietético se medió totalmente por la insatisfacción de imagen corporal, la cual también se predijo por el índice de masa corporal

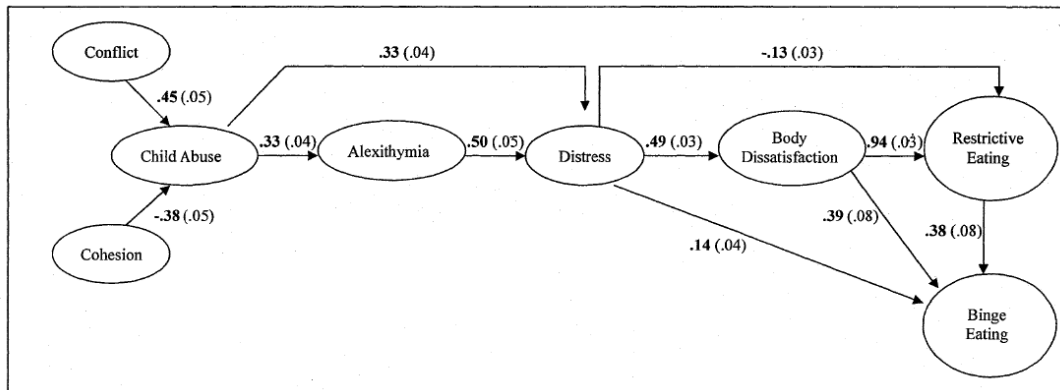
En la especificación del modelo se planteaba al apoyo paterno como causal del estado dietético lo cual resultó no ser significativo. La bondad de ajuste estadística de chi cuadrada fue significativa ($\chi^2(136) = 475.54$, $p < .001$), el indicador de ajuste normado NFI se mostró ligeramente bajo en relación al .90 recomendado (.81). El modelo estructural final predijo el 66% de la varianza estimada del estado dietético de la población estudiada.



Modelo estructural Cohn (2006)

Hund (2008) propuso ocho modelos estructurales para predecir dieta restrictiva y comer compulsivo contemplando las variables familiares de conflicto y cohesión, abuso infantil, alexitimia, distrés e insatisfacción de imagen corporal. El modelo que mejor se ajusto a los datos mostró que la presencia de conflicto familiar y bajos niveles de cohesión se asocian con el abuso infantil y este a su vez con alexitimia y distrés.

Asimismo, el modelo presenta como la insatisfacción de imagen corporal tiene un efecto mediador entre las variables de alexitimia y distrés con la restricción de conducta alimentaria. Asimismo, el modelo reporto una relación directa y significativa entre distrés y el comer compulsivo.



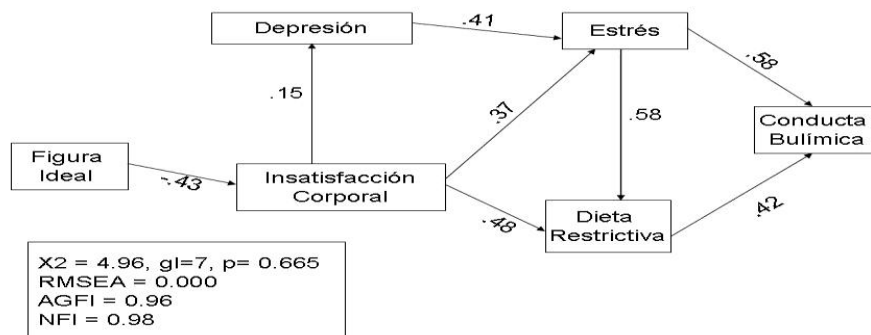
Modelo predictivo de dieta restrictiva y comer compulsivo de Hund (2008)

Model	χ^2	df	χ^2/df	GFI	CFI	NNFI	SRMR	RMSEA	95% CI for RMSEA	Standardized Residuals > 2.58
Structural model (Retained model; path from body image to binge eating)	363.89	140	2.60	.95	.98	.98	.044	.049	(.043; .055)	13.71%

Indicadores de bondad de ajuste del modelo predictivo de Hund (2008)

Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo en el 2008 construyeron dos modelos estructurales el del camino doble de Stice y uno alternativo para explicar la conducta bulímica, la muestra estuvo compuesta de 196 estudiantes universitarios de ambos géneros los resultados mostraron que el modelo alternativo de mujeres dio cuenta de la mayor cantidad de varianza de la conducta bulímica.

Este modelo muestra como la insatisfacción corporal influye directa e indirectamente sobre dieta restrictiva a través de afecto negativo, depresión y estrés, estableciéndose un círculo de influencias entre insatisfacción corporal, afecto negativo y dieta, para desembocar finalmente en conducta bulímica, adonde llega la influencia directa de estrés y de dieta restringida.



Modelo predictivo de conducta bulímica Gomez-Peresmitre (2008)

En resumen, del análisis de las diversas investigaciones respecto a los desordenes alimenticios se observa que estas se centran en el análisis de relaciones directas entre una amplia variedad de factores y la problemática en cuestión, sin embargo, hace falta investigación que analice como es que diversos contextos relacionados con diferentes variables de índole personal se relacionan entre sí en la predicción de los problemas de conducta alimentaria.

Por lo que se considera necesario el desarrollo de modelos multifactoriales que expliquen la conducta alimentaria apoyados en técnicas de modelos estructurales que generen modelos predictivos más refinados tomando en cuenta los diversos factores interactuantes (White & Grilo, 2005).

Los modelos que en un futuro expliquen la conducta alimentaria así como los desordenes alimenticios deberán de tener un fuerte impacto en la investigación empírica que derive en una validez científica aunada a una utilidad clínica (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). La integración de modelos explicativos que contemplen relaciones entre aspectos culturales, contextuales y personales de los desordenes alimenticios tendrán que replantear tanto las categorías taxonómicas como los criterios diagnósticos de las diversas problemáticas alimenticias. Lo cual implicaría también la reestructuración de los criterios clasificatorios y de diagnostico actualmente validados a través del DSM-IV.

I.2. Justificación

El abordaje de los desordenes alimenticios en el adolescente se han centrado en el análisis de factores que aun y cuando regularmente se encuentra una relación empírica significativa, generalmente no resulta funcional tanto en términos explicativos como predictivos, y por consiguiente en el plano preventivo y terapéutico.

Este problema de pertinencia científica de las investigaciones tradicionales en Psicología obedece a nuestro juicio a tres aspectos principales:

- 1) La persistencia que aun se tiene en algunos modelos teóricos respecto a la explicación unicausal (causa–efecto) basado en el metaparadigma Newtoniano-Cartesiano que propicia un reduccionismo explicativo de los desordenes alimenticios.
- 2) Posturas teóricas fatalistas que centra las causas del comportamiento en una diversidad de atributos internos conceptualmente confusos generalmente de naturaleza innata.
- 3) La adopción de hibridaciones conceptuales producto de un pragmatismo exacerbado y de una confusión epistémica en las dimensiones Holismo–eclecticismo.

Existe un consenso general en relación a que la investigación, prevención y tratamiento de los desordenes alimenticios deban de contemplar un abordaje multi e interdisciplinar en donde factores de índole biológicos, socioculturales y psicológicos inciden en la etiología, desarrollo y mantenimiento de estos problemas.

Toro (1995) indica que los trastornos de conducta alimentaria son trastornos multicausados, plurisintomaticos y constituyen en cada momento el resultado de interacciones complejas de los factores antes mencionados. Sin embargo, el contemplar un enfoque holístico o multifactorial no es suficiente ya que la simple

descripción de los factores involucrados en este tipo de desordenes, ha servido muy poco para explicar, predecir y modificar el fenómeno por lo que resulta imprescindible plantear un modelo teórico contrastado empíricamente que explique cómo es que interactúan dichos factores.

El creciente índice de problemas asociados a la conducta alimentaria aunado al deficiente poder heurístico que hasta el momento han demostrado tener los modelos teóricos en Psicología que centran la base de las explicaciones sobre la conducta alimentaria en la determinación de atributos de carácter internalista nos ha conducido a desarrollar investigación en este campo tendiente a encontrar un modelo multidimensional que aborde los posibles factores que describan, expliquen predigan y modifiquen los diversos desordenes alimenticios.

El presente trabajo, se plantea establecer un modelo multidimensional que proporcione mayor especificidad en la explicación y predicción de la conducta alimentaria de riesgo con una estructura teórica pertinente en el plano epistémico y lógico conceptual que nos permita en un futuro próximo enriquecer la funcionalidad operacional del modelo por lo que se espera que esta tesis doctoral arroje una contribución teórica, respecto a la explicación de la conducta alimentaria de riesgo.

Por otra parte, los desordenes alimenticios obedecen a un continuo en donde tanto los problemas de infrapeso como de sobrepeso abaten no solo a los países occidentales sino que se extienden por el proceso de aculturación a los denominados países occidentalizados entre los cuales podemos contar a nuestro país.

Se asume que el carácter consumista de la cultura occidental ha generado problemas alimentarios tanto de desnutrición como de sobrealimentación.

En la época actual el consumo de alimentos de alto contenido calórico por ejemplo el consumo en la dieta norteamericana respecto al consumo de queso a través de

la popularidad de la pizza y el consumo de refresco embotellado ha aumentado mientras que el consumo de leche ha disminuido este cambio de dieta aunado al aumento en el número de madres que han incursionado en el ámbito laboral y el cada vez más frecuente número de familias con un solo padre ha generado una cultura alimenticia de “comida rápida” propiciando de esta forma un ambiente obesogénico (Epstein, Paluch, Roemmich, & Beecher 2007).

Al respecto la National Restaurant Association, desde 1998 reportaba un incremento creciente de comensales en sus establecimientos en los estados unidos, situación que actualmente se presenta con más frecuencia en nuestro país.

En los Estados Unidos la prevalencia de peso excesivo se ha incrementado al doble en los últimos 25 años, y en la misma proporción en los últimos 10 años en el Reino Unido, mientras que en Australia, la prevalencia de obesidad en la niñez se ha visto duplicada, y triplicada entre 1985 y 1995 (Milne, Simpson, Johnston, Giles-Corti & English, 2007).

En nuestro país, se ha considerado a la obesidad como riesgo para la salud ya que esta se asocia con un riesgo más alto de padecer diversas enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares consideradas como enfermedades emergentes que constituyen el 52% de muertes en nuestro país. Además, la zona norte del país se ha identificado como la región con más alta prevalencia en obesidad.

De acuerdo con los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSANUT 2006), uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de cinco millones de adolescentes en el país.

Las recomendaciones que ENSANUT 2006 realiza en relación al aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos siete años en México la cual cómo podemos observar es alarmante, se encaminan a la urgencia de establecer estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto.

Respecto a los llamados trastornos de conducta alimentaria (TCA), un informe de la UNICEF (2002) revela que la anorexia y la bulimia tienden a afectar especialmente a los adolescentes en los países industrializados en donde uno de cada 10 individuos con anorexia fallece a consecuencia de su enfermedad. Igualmente reportan que las jovencitas son casi 10 veces más propensas a desarrollar esos trastornos alimenticios que los hombres.

En los países desarrollados, los niveles de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria se han incrementado en los últimos años, la anorexia (AN) y la bulimia (BN) son los dos trastornos alimenticios más frecuentes, sobre todo en la población femenina.

Estudios entre estudiantes escolarizados de diez países del Caribe pusieron de manifiesto que el 31% de ellos no está satisfecho con su peso. Alrededor de una sexta parte ha usado al menos un método para perder peso, incluyendo dieta o ejercicio (15%), laxantes (15%), vómitos inducidos (8%) o pastillas para adelgazar (6%) (UNICEF 2002).

Resultados arrojados por ENSANUT (2006) revelaron que la prevalencia de baja talla en población femenina aumentó progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años la prevalencia fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años.

Si bien es cierto que la prevalencia de TCA no representa niveles de carácter epidemiológico como en el caso de la obesidad, es necesario tomar en cuenta que

en el caso de la anorexia el trastorno está asociado a un elevado riesgo de mortalidad además de tener la característica de presentar un reducido porcentaje de recuperación, si además aunamos a esto que los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador y Raich 2005) resulta particularmente importante la determinación de los factores que inciden en el establecimiento de la conducta alimentaria de riesgo la cual es una medida pre clínica de trastornos de conducta alimentaria.

I.3 Consideraciones Éticas

Considerando las implicaciones que las respuestas de los encuestados pudieran tener en torno a posibles rasgos preclínicos o clínicos relacionados con problemas de TCA, se decidió guardar completa confidencialidad con respecto a los resultados arrojados, asimismo la identidad de la institución de la cual se extrajeron la muestra también quedaron bajo el resguardo del anonimato.

I.4 Planteamiento del Problema

El análisis de los diversos factores, que intervienen en el establecimiento y el mantenimiento de los diferentes problemas alimentarios relacionados con infrapeso y sobre peso motivo el presente estudio. A este respecto, el análisis del factor psicológico en estos casos, se ha centrado en la determinación perceptual y/o actitudinal respecto a la imagen corporal dejando de lado factores que podrían tener incidencia directa en los problemas alimenticios.

La presente investigación, asume una perspectiva basada en un modelo psicosocial y multidimensional en el estudio de los problemas adolescentes considerando que las conductas desadaptativas son fruto de un equilibrio de fuerzas entre la acumulación de factores de riesgo y de protección.

Mediante el presente trabajo se pretende determinar el valor explicativo de variables contextuales y variables psicosociales en la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados.

I.5 Objetivos

I.5.1 Objetivo General

Estimar un modelo de clasificación de los sujetos para distinguir aquellos con o sin conducta alimentaria de riesgo, asimismo especificar y estimar un modelo de efectos directos e indirectos para predecir conducta alimentaria de riesgo en

adolescentes escolarizados, que integre variables personales (psicosociales) y variables contextuales (familia escuela y comunidad).

1.5.1.1 Objetivos Específicos

- 1) Estudiar la confiabilidad y estructura factorial de las escalas o cuestionarios utilizados.
- 2) Analizar si existen diferencias significativas en la conducta alimentaria de riesgo en cuanto a género, escolaridad y clasificación de las etapas de la adolescencia.
- 3) Estimar grupos de valores altos y bajos de cada una de las variables
- 4) Analizar si existen diferencias significativas en las variables familiares, escolares, comunitarias y psicosociales entre grupos de puntuaciones altas y bajas de conducta alimentaria de riesgo.
- 5) Estimar una combinación lineal de las variables predictoras que permita diferenciar al grupo de puntuaciones altas con el grupo de puntuaciones bajas de conducta alimentaria de riesgo.
- 6) Estimar las relaciones existentes entre la conducta alimentaria de riesgo y las variables de estudio. Así como las relaciones entre todas las variables utilizadas.
- 7) Especificar y estimar un modelo estructural para predecir conducta alimentaria de riesgo.

En función de los objetivos de la investigación y contemplando las consideraciones teóricas que sustentan este trabajo hemos realizado las siguientes hipótesis. La primera hipótesis hace referencia a la prevalencia esperada de la conducta de riesgo que se está estudiando como variable dependiente en la población analizada y está directamente relacionada con el tercer objetivo.

La segunda y tercera hipótesis están relacionadas con el sexto objetivo. Estas hipótesis (2 y 3) se sustentan en la consideración teórica que nos dice que los factores personales psicosociales guardan una mayor relación con las conductas

desadaptativas. Además, la tercera hipótesis esta también orientada a corroborar empíricamente la relación entre IIC y CAR. Misma que ya se ha multicitado en diferentes estudios.

Las hipótesis restantes se plantean contemplando el séptimo objetivo y están relacionadas. La hipótesis cuatro y cinco tienen que ver con el supuesto teórico que enmarca como las relaciones contextuales exosistémicas (medios) y microsistémicas (familia y escuela) configuran un escenario que condiciona el repertorio de las conductas de los adolescentes.

Específicamente, la hipótesis 6 está relacionada con la influencia entre iguales y el posible desarrollo de subculturas o grupos sociales un sistema propio de metas y medios, opuesto al orden dominante y caracterizado por la adopción de signos y discursos compartidos que tienden a afianzar la pertenencia y solidaridad entre los individuos que la integran y que en conducta alimentaria se expresa en un fenómeno virtual que circula en la red conocido bajo el nombre Pro-Ana y Mía (Campos, 2007).

I.6 Hipótesis

Hipótesis 1. La prevalencia de conducta alimentaria de riesgo encontrada es superior al 20 % de la muestra.

Hipótesis 2. La conducta alimentaria de riesgo guarda mayor relación con las variables psicosociales que con las variables contextuales de familia escuela y comunidad.

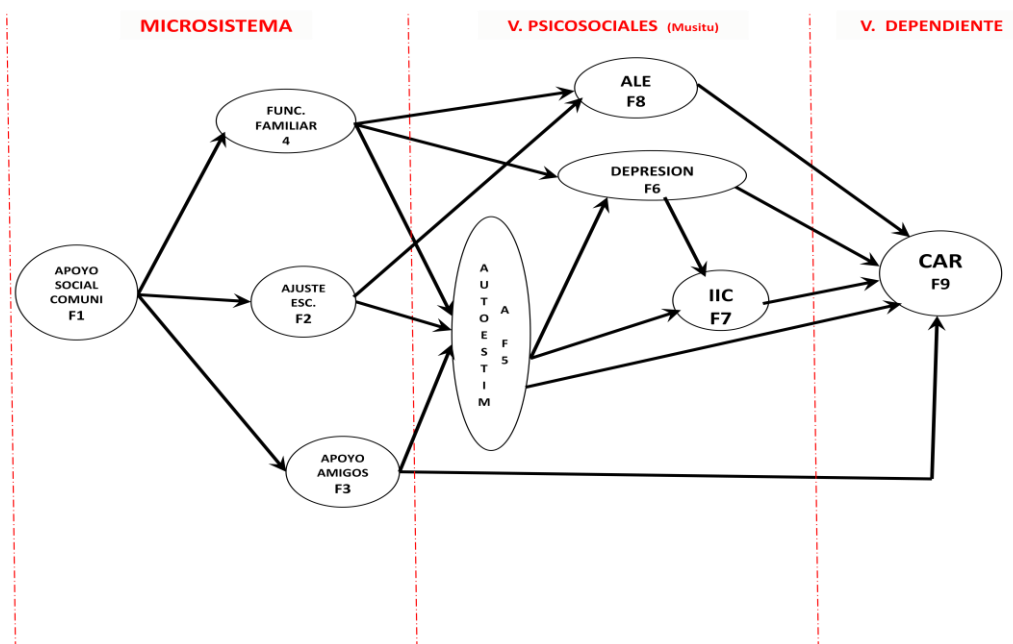
Hipótesis 3. La variable que más se relaciona con la conducta alimentaria de riesgo es la Insatisfacción de Imagen Corporal.

Hipótesis 4. Las variables psicosociales tienen un efecto explicativo directo sobre la conducta alimentaria de riesgo.

Hipótesis 5. Las variables contextuales tienen un efecto explicativo indirecto sobre la conducta alimentaria de riesgo.

Hipótesis 6. La variable apoyo de amigos es la única variable contextual que tiene un efecto directo sobre la conducta alimentaria de riesgo.

Hipótesis 7. Desde una perspectiva de campo el modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo integrara variables contextuales y personales con una trayectoria de efectos directos e indirectos como se describe a continuación:



CAPITULO II MARCO TEORICO

II.1. La perspectiva de campo en Psicología

La ciencia es un modo de conocimiento que ha tenido a través de la historia una serie de modificaciones en sus parámetros axiológicos los cuales han sido influidos por la red de creencias y valores de cada época (Ribes, 1997).

El conocimiento científico contemporáneo ha tenido una serie de transformaciones como corolario de la denominada revolución científica que implica la transición del meta paradigma newtoniano-cartesiano de la explicación causa-efecto al meta paradigma constructivista de la multifactorialidad. Esta revolución ha traído consigo una serie de confusiones epistemológicas y teórico-conceptuales en diferentes áreas del conocimiento entre las cuales tenemos que destacar a la Psicología.

Este periodo de transición meta paradigmática de la ciencia (Kuhn, 2006) a afectado particularmente a nuestra disciplina debido a que esta, se encuentra en un estado pre-paradigmático en donde no se ha podido establecer un objeto de estudio consensuado (Ribes, 2000) lo cual cancela posibles conciliaciones teóricas y/o metodológicas de las distintas posturas en Psicología (Benevides & Werner 2002). Por lo que el conceptualizar a la Psicología como una ciencia multiparadigmática resultaría un planteamiento espurio.

Tomando en consideración lo anteriormente señalado, resulta necesario establecer las bases epistemológicas y metateóricas que sustentan una explicación que se jacte de ser científica con la finalidad de no caer en hibridaciones conceptuales eclécticas que lejos de integrar teorías solo propician confusión conceptual.

Un análisis histórico – conceptual de nuestra disciplina permite esclarecer los principios y concepciones de las diversas líneas teóricas con la finalidad de establecer parámetros que nos permitan ubicar las aproximaciones teóricas contemporáneas como auténticas integraciones o como simples ensaladas conceptuales.

A este respecto, Kantor (1969) señala que el progreso de la ciencia ha pasado por tres etapas: 1) la etapa de la propiedad sustancia; 2) la etapa de la correlación estadística y 3) la etapa del campo integrado.

La ejemplificación de estas etapas en el desarrollo de la Psicología se explica, en la primera etapa de propiedad-sustancia con la concepción de una entidad o serie de entidades internas extra espaciales que constituidas en cosas, atributos o estados (alma, mente, cognición) son representados como centros de procesos causales (Ryle, 2005).

La segunda etapa gira en torno a formulas estadísticas que pretenden analizar empíricamente la interacción entre dos mundos; el mundo de la mente (extra espacial) y el mundo físico de sus expresiones (espacial). Finalmente la construcción del campo integrado tiene que ver con la interacción de un individuo con objetos estimulantes, en condiciones inmediatas precisas y sobre la base de contactos previos del organismo y los objetos estimulantes.

El modelo de campo en Psicología se apoya en la experiencia de disciplinas como la astronomía y la física, las cuales se fundamentan en que la noción de estructura ofrece una representación más adecuada de los fenómenos propios.

La Psicología de la Gestalt y la Psicología Interconductual de Kantor, coinciden en el rechazo a aceptar determinantes de los fenómenos psicológicos que no sean los derivados de la forma o estructura organizativa de los elementos que intervienen en aquello que denominamos comportamiento (Roca, 2004). Así, el

concepto de estructura pasa a ser el aspecto común entre estos postulados como alternativa analítica al atomismo de otros enfoques psicológicos.

El adoptar un modelo de campo implica que la explicación psicológica, no busque causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino más bien el poner de manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

II.1.1 Teoría de Campo de la Gestalt

Considerado el padre de la Psicología social, Kurt Lewin inspirado en los estudios perceptivos de la Gestalt que disocian figura y fondo, considera que el comportamiento humano es consecuencia del conjunto de las circunstancias ambientales. Más que su pasado o las previsiones de futuro, es el entorno personal el que define y describe la proyección social del individuo.

Este autor sintetiza su concepción en la fórmula $C = f(p, a)$, donde C, el comportamiento, es función de la persona [p] y de su ambiente [a]. Lewin considera que [p] y [a] son mutuamente dependientes, en donde la persona y su ambiente (tal como existe para ella) se consideran como una constelación de factores interdependientes [$P = f(a)$ y $A = f(p)$] a los que denomino espacio vital [Ev], es decir todos los factores contemporáneos (internos y externos) que pueden influir la conducta de una persona. Tomando esto en consideración el paradigma explicativo de esta teoría de campo quedaría integrado de la siguiente forma $C = f(p, a) = f(Ev)$.

Otra característica a resaltar de la llamada Psicología topológica Lewiniana es su preocupación de vincular la teoría con la práctica, lo cual se constata con la clásica frase de Lewin “no hay nada más práctico que una buena teoría”

Lewin en 1978, señala que las características distinguen a una teoría de campo son:

- 1) El empleo de un método constructivo más que clasificatorio – Que implica cambiar de una agrupación de eventos, objetos y personas según sus similitudes conceptualizados como elementos de abstracción producto de la experiencia, a uno constructivo en donde la agrupación sea determinada por relaciones vistas como elementos de construcción producto de la teoría científica.
- 2) El interés en los aspectos dinámicos de los hechos – En donde se concibe al comportamiento es fruto de la interacción de los individuos y grupos en un espacio y en un momento dado y el sujeto es concebido como un sistema que mantiene un equilibrio dinámico con el ambiente.
- 3) Un enfoque psicológico antes que físico – Esto implica que el campo que influye sobre un individuo no se suscriba en términos “fiscalistas objetivos”, sino de la manera en que éste existe para la persona en ese momento. Describir “objetivamente” una situación en Psicología significa en realidad describir la situación como una totalidad de aquellos hechos, y solo de aquellos, que configuran el campo de ese individuo.
- 4) Un análisis que parte de la situación global. La teoría de campo critica a las teorías fiscalistas por la ausencia de un análisis psicológico profundo. El procedimiento analítico de la teoría de campo tiene como norma caracterizar la situación en su totalidad.
- 5) La distinción entre problemas sistemáticos e históricos – Los eventos se explican en términos de las propiedades del campo que existen en el momento en que ocurre por lo tanto la teoría de campo es a histórica y considera que la influencia de los eventos pasados es indirecta.
- 6) La representación matemática del campo - La Psicología debe usar un lenguaje estricto y que concuerde con los métodos asimétricos para permitir derivaciones científicas. Aun y cuando Lewin considera a la Psicología como una ciencia cualitativa, acepta el uso de la estadística, incluso considera que ciertos tipos de geometría como la topología son muy útiles para representar la estructura de situaciones psicológicas.

La Psicología de campo gestaltista aun y cuando rebasa la simple concepción holística de sus antecesores (Brentano & Stumpf) plantea una estructura general de los eventos, abriendo la posibilidad de auténticas descripciones de campo. Sin embargo, Kantor en 1969 señala una serie de características que no le permiten a la postura gestáltica ocuparse de campos auténticos.

- 1) Su concepción dualista – La Psicología topológica y la teoría de la Gestalt en general hacen referencia a abstracciones internalistas y a condiciones medioambientales centrandose sus explicaciones en las descripciones y/o propiedades de estos dos mundos en lugar de ocuparse del campo total.
- 2) *Su carácter fenomenológico* – El cual puede distinguirse claramente en su concepción del ambiente, el cual es visto no como es, sino como es experimentado y en donde la conducta no surge de las propiedades objetivas del mundo de los estímulos sino de un mundo transformado en un mundo interior. Por lo que la interpretación de conceptos como el de “espacio conductual” de Koffka resulta imposible de interpretar salvo como una concepción meramente metafísica.
- 3) *Su concepción internalista* – El conceptualizar entidades y/o atributos tales como conciencia, cognición entre otras, se aborda aquello que acontece en el individuo. Por lo que sus principios explicativos se refieren a lo interno y no al campo.
- 4) *Su explicación isomorfa* – En lugar de abordar directamente los fenómenos psíquicos adopta una explicación isomorfa al analizarlos como sistemas de interrelaciones neuro-fisiológicas.
- 5) *Su carácter simbólico* – Al ser la teoría de campo gestáltica una simple imitación de los sistemas físicos y matemáticos se convierte en una teoría de meras estructuras simbólicas formales y analógicas, con poco o ningún valor descriptivo o interpretativo para los eventos psicológicos.
- 6) *Su carácter preanalítico* – Al centrar sus explicaciones en entidades o atributos internos comete el error de abordar las interrelaciones objetivas de los factores solo en nivel de los datos burdos o preanalítico.

II.1.2 Teoría de Campo Interconductual

La historia y el desarrollo de la Psicología conductista ha estado marcada por una serie de imágenes erróneas algunas de las cuales han sido aclaradas por Belanger (2001) en su libro *Images et realites du behaviorisme*. Marino Pérez en el prologo de la reedición en español de la obra, señala que la primera imagen a aclarar es la noticia de su fallecimiento y menciona que en los albores del siglo XXI resulta irónico que después de tanta revolución cognitiva, el conductismo lejos de desaparecer se ha desarrollado en diversas líneas teóricas.

Otra imagen falaz sobre el conductismo es su supuesto desarrollo hacia hibridaciones eclécticas dualistas (cognitivo-conductuales) las cuales son solo una degeneración cognitivista y no una evolución.

Considerando lo anteriormente expuesto, resulta necesario también aclarar que la propuesta conceptual hecha por Kantor no se trata de una teoría dentro de la Psicología, sino de una teoría acerca de la lógica y contenidos sustantivos de esta disciplina, es decir una metateoría de la Psicología como ciencia (Ribes, 1994). Asimismo, al definir Kantor (1982) a la naturaleza humana como una función de la evolución biológica **eb**, la evolución cultural **ec** y las circunstancias ambientales **ca** [$NH = f (eb+ec+ca)$] sienta las bases epistemológicas de sus postulados rechazando toda influencia escolástica dualista (Kantor, 1977).

Otro aspecto relevante es el hecho de que Kantor formula un sistema descriptivo y explicativo sincrónico al poner de relieve el concepto de interdependencia en campos de relaciones, a diferencia del esquema causal clásico el cual es lógicamente diacrónico. Contrario a las posturas teóricas clásicas (incluyendo algunas conductistas), la propuesta de Kantor no destaca como objeto de análisis a ciertas formas funcionales de actividad del organismo, sino que pone de relieve la interacción misma entre el organismo y el ambiente como centro de interés teórico (Ribes, & López, 1985).

Kantor (1969) señala que la esencia de una construcción de campo es aquella en la que todos los eventos deben considerarse como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas, por lo que toda explicación de una teoría de campo necesariamente tendrá como primer condición el suplir las concepciones en términos de principios y propiedades de los objetos o eventos, ya sea que estén localizadas dentro de los objetos o eventos sujetos a observación o en alguna condición o cosa externa a ellos.

La teoría de campo interconductual especifica los detalles funcionales de la acción en lugar de apoyarse en una abstracción explicativa general, no propone causas internas tales como la mente, procesadores de información o pulsiones (mentalismo) tampoco proponen causas externas ubicadas en las condiciones medioambientales (conductismo Skinneriano) pues esta postura no asume la tradicional teoría de los dos mundos (Ryle, 1975), por lo que se argumenta que no existe lugar en el campo integrado para tales abstracciones, pues ninguna de ellas son necesarias o siquiera útiles dentro del sistema.

De tal forma que, una auténtica teoría de campo exige la exclusión de principios psíquicos e internos. Así, la construcción del campo psicológico se debe derivar de la conducta real de los organismos con objetos y eventos en condiciones específicas. A diferencia del conductismo Watsoniano y Skinneriano que si bien rechazan la explicación dualista del psiquismo (mente-cuerpo) aun conservan los aspectos físicos del dualismo (interno-externo), la postura interconductual comienza y termina su trabajo en el estudio de eventos prístinos (Kantor, 1980), sin complicarse con construcciones lingüísticas propias de la tradición intelectualista en Psicología.

Cuando las relaciones funcionales específicas de los factores del campo han sido descritas, se completa la actividad científica justo como se hace en la descripción de cualquier otro evento en la naturaleza. Esta descripción de los componentes de

un evento natural en términos estrictamente observacionales es la vía por la cual la Psicología científica debe proceder. (Smith & Smith, 1996).

De lo anteriormente expuesto podemos resumir que el interés central de la Psicología interconductual es el de describir el comportamiento psicológico como organización funcional y no en describirlo para buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen.

Kantor propuso un conjunto de conceptos descriptivos del campo conductual con el fin de ofrecer un modelo o paradigma general para todos los fenómenos psicológicos; con el objetivo fundamental de determinar diferentes niveles funcionales dentro la conducta psicológica.

La ecuación interactiva kantoriana se asemeja a las de las reacciones químicas reversibles, invocando el uso del símbolo $R \Leftrightarrow E$ que se expande en la fórmula $EP = C(k, rf, ef, hi, dt, md)$ la representación del evento psicológico **EP** en donde **C** indica la inclusión de todos los factores necesarios, es decir el sistema de factores en interacción, **k** la especificidad de los factores en situaciones particulares, **rf** las funciones respuesta, **ef** las funciones estímulo, **hi** la historia conductual del organismo, **dt** los factores disposicionales y **md** el medio de contacto.

En el modelo de campo interconductual, la descripción de la conducta como interacción lleva a la necesidad de establecer categorías descriptivas de aquella interacción. Las denominadas "funciones de estímulo-respuesta" (rf, ef) como concreciones de la organización funcional psicológica y los "factores disposicionales de campo" (dt), son los conceptos fundamentales utilizados con un contenido equivalente al modelo explicativo de campo gestáltico en términos de factores "dinámicos" y "topográficos". Otros conceptos como "medio de contacto", "historia previa" y "límites del campo", entre de otros, ilustran este intento de explicación globalizante de los fenómenos psicológicos.

II.2. Adolescencia y los Desordenes Alimenticios

Los problemas de conducta alimentaria surgen durante el periodo de la adolescencia por lo que es preciso abordar algunas consideraciones al respecto de este periodo de vida del ser humano.

Derivada de la palabra latina *adolescere* (crecer hasta llegar a la madurez) la adolescencia considerada como una etapa transitoria entre la infancia y la adultez, en la cual ocurren una serie de cambios físicos representa también toda una complejidad psicológica y del mundo social (Jiménez, 2006).

Frydenberg (1997) señala que el periodo de la adolescencia es abordado en el ámbito psicológico principalmente desde dos perspectivas:

- 1) La *perspectiva evolutiva*, en la que la adolescencia está vinculada a la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje social y las teorías cognitivas entre las que se destaca la Piagetana. Esta perspectiva se centra en aspectos tales como la madurez del sujeto, los conflictos y la identidad, y se caracteriza por la investigación en función de la edad.
- 2) La *perspectiva del ciclo vital*. Esta postura en contraste con la del desarrollo, no asume ningún estado de madurez especial, la edad no funciona como una variable que marque o condicione el desarrollo, sino como un simple indicador considerando que el proceso de crecimiento psicológico es un continuo a lo largo de todo el ciclo vital.

Desde el punto de vista del ciclo vital, la adolescencia se percibe como un producto del desarrollo del niño y como un precursor del desarrollo del adulto. No es un período aislado de la vida sino una parte importante en el continuo del ciclo vital.

El enfoque ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner se inserta en esta perspectiva del ciclo vital proporcionando un marco conceptual y teórico para comprender las relaciones entre los jóvenes y el contexto social. En este modelo

el foco de análisis pasa del sujeto a los contextos sociales en los que tiene lugar el desarrollo físico, cognitivo y emocional del adolescente.

El postulado básico de esta postura teórica del desarrollo humano que propone Bronfenbrenner supone la progresiva acomodación mutua entre una persona activa en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Esta mutua acomodación se produce a través de un proceso continuo el cual es afectado también por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Este enfoque se conforma en una disposición seriada de estructuras concéntricas denominada ambiente ecológico el cual está dividido en cuatro contextos: *Macrosistema* (sistemas de creencias, ideología, estilos de vida y formas de organización social prevalecientes en una cultura); *Exosistema* (entornos que no necesariamente incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que lo afectan). Romero y Frías en el 2008 lo definen como el sistema de relaciones más próximas de las personas, enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel individual, como medios de comunicación, organismos judiciales, instituciones de seguridad y la iglesia); *Microsistema* [Bronfenbrenner, (2002) lo define como el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares el cual está caracterizado fundamentalmente por la familia]; *Mesosistema* (interrelaciones entre los distintos microsistemas en los que la persona participa activamente).

Desde esta perspectiva, la adolescencia se sitúa en un momento de *transición ecológica* durante la cual se produce una modificación de la posición de la persona en el ambiente ecológico como consecuencia de un cambio de rol, de

entorno o de ambos a la vez. Toda transición es consecuencia e instigadora de los procesos de desarrollo y depende conjuntamente de los cambios biológicos y de la modificación de las circunstancias ambientales, en un proceso de acomodación mutua entre el organismo y su entorno.

En este enfoque se considera que el adolescente crece y se adapta a través de intercambios con sus ambientes más inmediatos o microsistemas (familia, escuela e iguales) y ambientes más distantes como el trabajo de los padres o la sociedad en general, organizados en estructuras concéntricas anidadas.

La evolución del concepto de la adolescencia, la cual después de considerarse como un periodo caracterizado por innumerables problemas y tensiones, de confusión normativa y oposiciones a veces atribuido a los cambios físicos y hormonales propios de la edad o bien a atributos de carácter interno, ha sido reemplazada por otra que se centra más en los aspectos interactivos del desarrollo, presentando a la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades.

Esta concepción actual de la adolescencia vista como un periodo de ajustes a diferentes “tareas” y cambios del desarrollo que se da generalmente entre los 12 y los 20 años de edad. Se divide en tres etapas o periodos: *primera adolescencia* (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia; *adolescencia media* (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes, expresan una mayor preocupación por su imagen y empieza la implicación en conductas de riesgo, y *adolescencia tardía* (18-20 años), etapa en que aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo (Musitu et al. 2001) la cual se viene alargando en los últimos años debido a que los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental.

En conclusión, se puede afirmar que la adolescencia supone una transición evolutiva en la que el individuo debe hacer frente a numerosos cambios. A este respecto, una de las diferencias entre este periodo y otras etapas del desarrollo evolutivo es, precisamente, el número de cambios a los que el sujeto se debe enfrentar, así como la brevedad y rapidez de los mismos. Todas estas transformaciones se articulan en tres grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social

II.2.1 Cambios Biológicos del Adolescente

Los cambios físicos propios de la pubertad aunado al incremento en las mujeres de la grasa subcutánea, el ensanchamiento de la cadera propiciado por el crecimiento de la pelvis, y la acumulación de grasa en esta zona además de que se presenta un incremento de las necesidades nutricias debido a una mayor cantidad de estrógeno y progesterona (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz 2002).

En cuanto al desarrollo neurológico del adolescente, los especialistas en neurociencias suponían que la mitad de las conexiones cerebrales estaban ya establecidas entre los 5 a 6 años de edad y que la única tarea de desarrollo que quedaba era asegurar esas conexiones. En un reporte sobre diversas investigaciones en adolescentes presentados por la UNICEF (2002) se reporta que el cerebro experimenta un ciclo continuo de crecimiento siendo a los 11 años cuando se produce una explosión de actividad eléctrica y fisiológica, que reorganiza drásticamente miles de millones de redes neuronales que afectan las habilidades físicas y psicológicas de los jóvenes.

A partir de esta edad a diferencia de la infancia, la cantidad de materia gris en algunas zonas del cerebro puede casi doblarse en sólo un año. Luego, desde la mitad de la segunda década hasta mediada la tercera, se purgan las células que no se necesitan y el cerebro continúa reorganizándose.

A partir de la adolescencia, el desarrollo cerebral permite a los jóvenes el desarrollo del pensamiento abstracto. Durante la primera adolescencia, a los 10 años el niño empieza a entender conceptos individuales abstractos como moralidad y sociedad. A los 15 un adolescente puede entender y relacionar dos o más conceptos abstractos y percibir ambigüedades y contradicciones. A los 20 el cerebro puede coordinar diferentes abstracciones y empieza a resolver contradicciones.

En el córtex prefrontal se desarrollan importantes funciones madurando totalmente hasta los 18 años de edad. Actúa como regulador responsable de la planificación, organización y juicio, encargado de resolver problemas y del control emocional. A los 25 el cerebro es capaz de evaluar conocimientos y de combinarlos de formas extremadamente complejas, para construir y evaluar nuevas formas de comprensión y conocimiento.

En este reporte de la UNICEF se reportan hallazgos que llevan a considerar que la época que media entre los 10 y los 20 años puede ser clave para ejercitar el cerebro y que los adolescentes que aprenden a poner en orden sus pensamientos, medir sus impulsos y pensar de forma abstracta pueden establecer bases neuronales importantes que perdurarán a lo largo de sus vidas. También consideran que los jóvenes que practican deportes y actividades académicas o musicales refuerzan de forma positiva esas conexiones a medida que maduran los circuitos.

Por otra parte, los traumatismos, el maltrato, la falta de cuidados, los desordenes alimenticios, el abuso de drogas y alcohol pueden cambiar el sistema sináptico del cerebro. Debido a que estas influencias pueden afectar de forma importante y negativa al funcionamiento del cerebro y a la capacidad de aprendizaje, pueden en última instancia limitar las opciones y oportunidades del adolescente en el futuro.

II.2.2 La Adolescencia y su Entorno Social.

Paralelamente, al desarrollo biológico del adolescente, el mundo social comienza a transformarse, las amistades y el grupo de iguales adquieren una relevancia fundamental al mismo tiempo que comienza a cuestionarse la autoridad parental.

El proceso de socialización, fundamental para la vida del individuo (Becoña, 2007), es crucial y trascendental durante este periodo de la vida del ser humano.

Si consideramos a la adolescencia como un periodo largo de la vida y de múltiples acontecimientos que preceden a una adultez cada vez más tardía, resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia, amigos y escuela) constituidos como los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un bagaje de experiencias personales y sociales saludables y positivas.

Siendo la familia, la escuela y los iguales los principales referentes de desarrollo para el adolescente, resulta necesario analizar la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos.

II.3. La Familia como Influencia Contextual

Resulta innegable como la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando las relaciones entre padres e hijos adolescentes se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los adolescentes sean futuros ciudadanos responsables.

Por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas de ajuste en los adolescentes como, por ejemplo, problemas de autoestima y de

satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así como la implicación en conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona.

Musitu y Cava (2003) determinaron mediante una investigación la gran importancia que el apoyo de los padres tiene para el ajuste del adolescente, a pesar de la creciente relevancia de las relaciones de pareja y de amistad. Estos investigadores encontraron que en el caso del ánimo depresivo, éste es menor en los adolescentes que perciben mayor apoyo del padre y de la madre.

El apoyo familiar se plantea de esta forma como un importante recurso social para el adolescente cuya influencia en el bienestar puede ser tanto directa (saber que se cuenta con el apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda) como indirecta (mediada por las estrategias de afrontamiento y la autoestima) (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001).

Musitu y Allat en 1994 realizaron un análisis de diversos modelos de salud familiar en torno a la familia desarrollados con el objetivo de superar una descripción simplista a través de un acercamiento multidimensional como resultado de este análisis estos autores consideran que estos modelos hacen referencia a siete dimensiones principales que contribuyen a una interacción familiar óptima siendo estas:

- 1) Estructura. Una estructura organizacional familiar, con límites claros y permeables para cada uno de sus miembros y un subsistema parental cohesivo.
- 2) Afecto. Una amplia gama de expresiones afectivas. Intimidad personal, tolerancia para diferentes tipos de sentimientos, unidad emocional
- 3) Control Conductual. Un comportamiento democrático de control conductual. Personalidades parentales, coaliciones maritales, roles parentales complementarios y uso del poder.

- 4) Comunicación. Comunicación clara y directa. Correspondencia, consistencia verbal y no verbal, expresividad, claridad en la forma y en la sintaxis y pensamiento abstracto y metafórico.
- 5) Transmisión De Valores. Transmisión de padres a hijos de los valores éticos y sociales.
- 6) Sistemas Externos. Límites externos, claros y permeables de la familia en sus relaciones con sistemas externos al propio conjunto familiar.
- 7) Desempeño de Tareas y Objetivos. Crianza de los niños, dominio de las separaciones y de los triángulos familiares, control de la conducta y orientación, relaciones entre los iguales y gestión del ocio, afrontamiento de las crisis, emancipación y ajustes post-familia nuclear.

El modelo propuesto por Musitu, Buelga, Lila y Cava 2001 denominado *Modelo de Estrés Familiar en la Adolescencia* analiza el funcionamiento familiar y considera como dimensiones básicas, la cohesión o vinculación emocional, la adaptabilidad o flexibilidad y la comunicación (López, 2006).

Este modelo entiende que la familia evoluciona y afronta, con mayor o menor éxito, transiciones, tensiones y situaciones estresantes, asimismo, dispone de recursos familiares que, además, contribuyen al desarrollo de ciertos recursos personales.

Estos recursos nos ayudan a explicar por qué algunas familias son capaces de superar con éxito las transiciones de su ciclo de desarrollo y de afrontar los eventos vitales negativos mientras que otras, enfrentadas con similares o idénticos estresores y transiciones, sucumben o se agotan más fácilmente. En este sentido, dos son los grandes recursos de que dispone la familia: un funcionamiento familiar satisfactorio y una comunicación entre los miembros de la familia positiva y abierta.

En cuanto al funcionamiento familiar, el modelo de Musitu, Buelga, Lila y Cava identifica dos grandes dimensiones: la adaptabilidad y la cohesión familiar (López, 2006). La *adaptabilidad* tiene que ver con la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras y relaciones, y se considera que la relación entre adaptabilidad y funcionamiento familiar es lineal, es decir, a mayor grado de adaptabilidad mejor es el funcionamiento familiar.

Respecto a la *cohesión familiar*, se define como el vínculo emocional existente entre los miembros de la familia. Al igual que la dimensión de adaptabilidad, se considera que la relación más adecuada entre cohesión familiar y funcionamiento familiar es la relación lineal, es decir, cuanto mayor es la vinculación emocional entre los miembros de la familia más adaptado es el funcionamiento de la misma.

Otro recurso importante del sistema familiar dentro de este modelo es el de *la comunicación*. Estudios realizados por Estévez, Musitu y Herrero, 2005 que vinculan la comunicación padres-hijos con el desarrollo del adolescente han puesto de manifiesto la relevancia de la comunicación familiar constituyéndose como una dimensión facilitadora, que puede entenderse como el clima general a partir del cual interpretar las interacciones en el seno de la familia.

Debido a esta consideración, los autores de este modelo consideran imprescindible el análisis detallado de esta dimensión y una evaluación no sólo de la presencia de problemas sino también de la presencia de comunicación abierta, puesto que una relación aparentemente sin conflicto puede ser el resultado de un conflicto grave, resuelto con estrategias de evitación. En este sentido, el modelo distingue entre la apertura en la comunicación (comunicación positiva, fundamentada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción) y los problemas en la comunicación (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa).

Finalmente, el modelo sugiere una tipología familiar que se representa en cuatro tipos de familias.

Las familias Tipo I son familias altas en recursos familiares, es decir, tienen un funcionamiento y una comunicación familiar altamente satisfactorios. Las familias Tipo II y Tipo III son familias medias en recursos familiares que se caracterizan por una escasa adaptabilidad y cohesión familiar, aunque la comunicación familiar es positiva y con ausencia de problemas (Tipo II), o bien, por una adecuada adaptabilidad y cohesión familiar, pero con una comunicación familiar problemática (Tipo III).

Por último, las familias Tipo IV son bajas en recursos familiares, presentan escasa cohesión y adaptabilidad familiar, y tienen una comunicación familiar problemática. Estas familias son, por tanto, las más vulnerables (López, 2006).

II.4 La Influencia de los Iguales y el Contexto Escolar

Por otro lado, también la escuela y los amigos contribuyen en buena medida al desarrollo y ajuste del adolescente. Tomando en cuenta que los adolescentes pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en la comunidad escolar, lo que implica, a su vez, una larga convivencia con iguales y profesores.

Los iguales y profesores, como en el caso de la familia, pueden proporcionar oportunidades únicas para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales y la vivencia de relaciones positivas, pero también pueden constituir el terreno perfecto para el desarrollo de conductas desadaptativas.

Desde esta perspectiva, Musitu y Cava (2003) conceptualizan que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida.

II.4.1 La Influencia de los Iguales en los Adolescentes.

El hecho de que la adolescencia ya no sea descrita como una etapa caracterizada por la conflictividad, rebeldía y desajuste social, no implica que esta no sea una etapa difícil ya que el incremento en el número de conflictos con los padres, las mayores alteraciones en el estado de ánimo y la mayor implicación en conductas de riesgo son aspectos distintivos de la adolescencia, que la convierten en una etapa difícil tanto para el adolescente como para las personas que le rodean.

Por otra parte, también es cierto que no todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales, y la mayor o menor adaptación del adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para enfrentar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos con los que cuenta el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Musitu & Cava, 2003).

Es precisamente en la adolescencia en donde la red social se amplía posibilitando que la persona obtenga estima y aceptación de otras relaciones sociales ajenas a su círculo familiar. De esta forma, el grupo de iguales (los amigos de la cuadra o de la escuela) se convierte para el adolescente como su principal apoyo constituyéndose este hecho como el laboratorio social más importante en el desarrollo del individuo.

No obstante, el proceso que implica la aceptación del grupo de iguales puede ser una fuente de estrés y de desarrollo de conductas de riesgo para el adolescente, desempeñando un papel importante la adopción de patrones de conducta los cuales se reflejan desde el tipo de vestimenta hasta el lenguaje que comparten estos adolescentes, tal situación puede llegar a generar conflictos en el joven pues regularmente existe incompatibilidad entre los roles desempeñados por el grupo de influencia (grupo de iguales) y las normas morales establecidas en el grupo de pertenencia (familia) por lo que en ocasiones puede llegar a ser muy

fuerte la presión que algunos adolescentes tienen en relación con la posesión de una determinada imagen personal, forma atlética o nivel de consumo.

Desde esta perspectiva, los problemas alimentarios pueden estar influidos por una subcultura, esto es, un grupo social con su propio sistema de metas y medios, opuesto al orden dominante y caracterizado por la adopción de signos y discursos compartidos que tienden a afianzar los sentimientos de pertenencia y solidaridad entre los individuos que la integran.

Campos (2007), haciendo referencia a esta teoría subcultural de la escuela de Chicago, analiza el fenómeno virtual denominado Pro-Ana y Mía que cada vez es más frecuente en la red el cual define como el fruto de un rechazo al conjunto de afirmaciones socialmente consensuadas sobre la anorexia y la bulimia, por parte de algunas personas que conviven con estas condiciones.

Esta búsqueda del adolescente de nuevos escenarios sociales en los que desarrollarse tiene que ver igualmente con el incremento de los conflictos en su círculo familiar. Un conflicto que se ha explicado en distintos términos: como una búsqueda de mayor autonomía e independencia (a menudo incompatible con los intereses y demandas familiares) o bien como un rechazo del joven a los dictados y valores paternos en favor del grupo de iguales.

Hay que tener presente que las situaciones estresantes durante la adolescencia pueden llevar a problemas psicológicos si el adolescente no es capaz de mantener el apoyo social procedente de su familia. Un momento evolutivo verdaderamente difícil si consideramos que durante esta etapa se suceden constantes ensayos sobre nuevas relaciones sociales –ensayos que no siempre tienen éxito y que, a veces, los adolescentes viven como verdaderos dramas-, así como nuevas formas de superar las situaciones difíciles.

Una de esas variables importantes es la relación de los adolescentes con sus iguales. Durante la adolescencia, el grupo de pares juega un papel fundamental

como punto de referencia normativo tanto en el proceso de elaboración del conocimiento social, como en el de consolidación de la identidad (Palmonari, Pombeni & Kirchler, 1989, 1992).

La importancia de las relaciones con los iguales en el ajuste subsecuente se ha ilustrado con claridad en una revisión de Parker y Asher (1987), quienes Postulan un modelo causal en el que la conducta desviada, tal como la violencia, provoca una pobre aceptación de los iguales, lo que a su vez conduce a posteriores desarrollos de las conductas desviadas y a la asociación con los pares que realizan actividades antisociales (Cairns, et al.1988).

Normalmente los niños que son rechazados por el grupo más amplio de iguales reaccionan asociándose con otros que, como ellos mismos, manifiestan generalmente tendencias antisociales. En esta asociación subyace la base de la conducta delictiva, en la medida en que los niños con comportamientos desadaptativos definen y crean entre ellos sus propios códigos y normas y refuerzan sus propias conductas. Las habilidades antisociales son aplaudidas y aprobadas, y la probabilidad de que la desviación se agrave, se incrementa.

II.4.2 La Adolescencia y el Contexto Escolar

El periodo de la adolescencia implica una serie de cambios tanto a nivel biológico como psicológico y social que impactan en el desarrollo de las personas de ahí la importancia de determinar los factores que inciden sobre el comportamiento del adolescente. La escuela, representa un ámbito que nos permite analizar las diversas variables que intervienen en el establecimiento de conductas desadaptativas de los alumnos que lo afectan tanto en el aspecto educativo como en los ámbitos familiares, sociales y personales.

La escuela es otro gran contexto para el desarrollo del niño y el adolescente. Cuando éstos cruzan el umbral de la puerta de la escuela e instituto llevan consigo un amplio repertorio de creencias y conductas internalizadas.

Así, las experiencias negativas de los niños y adolescentes en el hogar también chocan con el contexto escolar. Algunos autores (Patterson, de Baryshe & Ramsey, 1989; Patterson, Reid & Dishion, 1992), han mostrado cómo los patrones de conducta antisocial aprendidos en el hogar interfieren en el aprendizaje en el contexto escolar y en las relaciones positivas con los iguales.

Esta secuencia evolutiva fue contrastada por Dishion (1990), que observó que unas relaciones parentales negativas se relacionaban con la conducta agresiva que era, a su vez, un obstructor del logro académico.

En el caso de los alumnos problemáticos y con graves problemas de conducta, se observa que tienen serias dificultades en las interacciones con sus iguales (Dodge, 1983; Guerra & Slaby, 1990; Tremblay et al. 1995) y muy pobre rendimiento escolar, hasta el punto que se considera que un 82% de ellos son repetidores o no acaban el ciclo completo de la escolaridad (Dishion, Patterson & Griesler, 1994).

Las relaciones sociales y de amistad que tienen lugar en el aula surgen a partir de las agrupaciones formales impuestas por la institución y de las agrupaciones informales reguladas por las normas establecidas en el seno del grupo.

Estas relaciones y agrupamientos se configuran en función de metas y normas propias de la cultura a la que pertenecen los adolescentes (como por ejemplo, los estereotipos de rol sexual), pero también en función de normas específicas del grupo; así, es frecuente que el grupo genere sus propias normas (por ejemplo a través de la forma de vestir, gustos y preferencias), facilitando la diferenciación con respecto a otros grupos, la cohesión interna y su identidad grupal.

En estos grupos, existen diferentes relaciones de poder y diversas posiciones: los miembros más aceptados por el grupo ocupan posiciones más centrales, mientras

que aquellos menos aceptados se sitúan en posiciones más periféricas respecto del grupo.

La adolescencia es un periodo de grandes transformaciones en diferentes esferas de la vida. Moffitt (1993) subraya el hecho de que en la adolescencia se produce un lapso o salto madurativo. Es un momento que se define como difícil y complejo, tanto para los propios jóvenes como para sus padres, ya que para el adolescente está suponiendo una transición hacia su madurez personal y en la cual experimenta una serie de nuevas experiencias y de reajustes sociales, así como la búsqueda de su propia independencia.

Por lo tanto, los adolescentes se encuentran en un momento caracterizado como de cierta indefinición personal, que a su vez viene acompañado por el deseo de conquistar el estatus adulto y alejarse de los roles infantiles (Luengo et al. 1999).

A su vez, esa transición va a provocar cambios en las relaciones de los adolescentes con los otros, así como en el ámbito escolar, ya que van a pasar de la escuela elemental a la secundaria y en muchas ocasiones es el momento en el que tienen que tomar decisiones acerca de su futuro académico y profesional, jugando así un papel crucial para su autodefinición (Musitu et al., 2001).

Coleman y Hendry (2003) por su parte, ven necesario considerar la adolescencia como un momento de transición y nos resumen una serie de implicaciones que dicha transición conlleva:

1. una anticipación entusiasta del futuro;
2. un sentimiento de pesar por el estado que se ha perdido;
3. un sentimiento de ansiedad en relación con el futuro;
4. un reajuste psicológico importante;
5. un grado de ambigüedad de la posición social durante la transición.

Dentro de las peculiaridades de cada una de las etapas que se han nombrado, se puede señalar que en la primera adolescencia es cuando se producen los mayores cambios de tipo biológico y físico.

Las fluctuaciones de estado de ánimo bruscas y frecuentes ocurren en la adolescencia media. Además, su nivel de autoconciencia es muy alto, por lo que sienten una mayor preocupación por la imagen que los demás perciban de ellos. Por último, en la adolescencia tardía es cuando aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo. (Musitu et al. 2001).

Aunado a lo anterior tenemos que contemplar que las condiciones socio-históricas actuales están produciendo un alargamiento de la adolescencia en ambos extremos (adelantamiento de la maduración biológica y retraso en el desempeño de los roles adultos) lo que implica una extensión en las denominadas conductas de exploración, algunas de ellas caracterizadas por conllevar riesgo para el adolescente y las personas de su entorno.

A este respecto Moral y Ovejero en el 2004 comentan que actualmente los adolescentes viven en una crisis cuya etiología no descansa, en una revolución tormentosa interior, sino en la propia raigambre multidimensional de sus conflictos, para estos autores el joven vive en un estado de moratoria social producto de la posmodernidad y la globalización que ha llevado a una sucesión de cambios y contradicciones, aunado al debilitamiento de los valores tradicionales, la exasperación ante las tomas de decisiones que han de adoptar, sus miembros lo que provoca tensiones y turbulencias generando egocentrismo, y prácticas hedónicas en busca de la inmediatez.

Estas consideraciones nos llevan a coincidir con Jiménez quien en el 2006 menciona que la adolescencia no debe contemplarse como una mera

consecuencia de procesos biológicos sino como un producto social del que todos participamos.

De esta manera, podemos hablar de una variedad de adolescencias, más o menos positivas y más o menos problemáticas, en función de las provisiones e interacciones del contexto.

En el estudio de las relaciones familia-escuela, el análisis de la influencia que la familia ejerce en el rendimiento escolar de los alumnos constituye un tema recurrente. Desde hace décadas, se ha incidido en la importancia de las actitudes familiares hacia la educación, de la existencia o no de libros en el hogar, o de las diferencias iniciales que tienen los alumnos pertenecientes a diferentes contextos socioculturales (Musitu & Cava 2006).

Los padres influyen en las relaciones que sus hijos mantienen con profesores y compañeros en la escuela a través de las propias relaciones que existen entre los miembros de la familia.

En este sentido, dos aspectos resultan fundamentales: el tipo de vínculo establecido entre padres e hijos y el tipo de prácticas de socialización utilizadas por los padres. Igualmente, el tipo de conductas que caracterizan la interacción familiar y las representaciones cognitivas acerca de cómo son las relaciones sociales que los hijos adquieren en el seno de la familia son elementos que, sin duda, influirán en sus relaciones sociales en el contexto escolar (Musitu & Cava 2006).

El conocimiento de las principales transformaciones que se producen durante la adolescencia es una ayuda para observar la repercusión que dichos cambios pueden tener en las relaciones entre padres e hijos, hecho que a su vez nos permitirá conocer la importancia que el funcionamiento familiar tiene en el ajuste

psicosocial y el desarrollo del adolescente, así como en el bienestar de todos los miembros que componen la familia.

Asimismo, dado que el ámbito familiar ejerce una gran influencia sobre el resto de contextos en los que se desenvuelven los hijos, en el presente estudio no sólo se seleccionaron variables familiares, ya que si no la investigación adolecería de factores de gran interés que deben ser tenidos en consideración, y que en el presente trabajo han mostrado su impacto en el desarrollo del adolescente.

II.5 El factor Psicológico en los Desordenes Alimenticios

En la determinación del factor que nos compete, es preciso tomar en cuenta algunas consideraciones generales en torno a la Psicología. El principal aspecto a considerar en el análisis del factor psicológico es el carácter atípico de la Psicología de ser la única ciencia empírica que carece de un objeto de conocimiento consensuado, por lo que cualquier aproximación teórica que pretenda dar cuenta de este factor deberá de ser coherente y congruente con la conceptualización ontológica y epistemológica que la preceda.

Mientras que las ciencias en la que existe un consenso sobre la naturaleza del fenómeno estudiado (Biología, Física, Sociología etc.) se puede divergir respecto a los planteamientos de cómo abordar el fenómeno (o un campo particular de este) a partir de diferentes posiciones teóricas, en Psicología la carencia de criterios comunes a nivel ontológico y/o epistemológico ha determinado directamente que las teorías generales o particulares surgidas en el contexto de nuestra disciplina, no tengan puntos de contacto conceptual, metodológico o empírico y, por consiguiente, no sean comparables o integrables.

Al pretender realizar algún maridaje teórico-conceptual es necesario tomar en cuenta que una integración teórica puede considerarse como tal, solo en la medida en que dichas teorías o conceptos comparten alguna dimensión definitoria respecto del objeto de conocimiento, ya sea a nivel ontológico o a nivel epistemológico (Ribes, 2000).

Asimismo, es de particular importancia enfatizar que tampoco es suficiente el hacer un planteamiento biopsicosocial en la determinación del factor psicológico sino que es necesario establecer las delimitaciones de estas dimensiones a través de sus categorías analíticas (Piña & Rivera, 2006) lo cual ayudaría a esclarecer en nuestra disciplina que es lo que incluye a lo psicológico, (las atribuciones,

creencias, afrontamientos, cogniciones, emociones, lo mental o lo comportamental) sin caer en una mezcla simplista de múltiples conceptos.

La Psicología contemporánea enfrenta el riesgo de convertirse en una disciplina ecléctica cuya característica principal es no tomar en cuenta o bien confundir los lineamientos científicos en la construcción de sus postulados teóricos, así como en el diseño y aplicación de sus técnicas terapéuticas.

Como corolario de esta práctica ecléctica la Psicología actual se está convirtiendo en un menú casi infinito de ensaladas conceptuales las cuales son producto de hibridaciones teóricas endebles lo que ocasiona que la actividad profesional del psicólogo se oriente hacia la practica terapéutica empírica de una orientación eminentemente pragmática en vez de basar la práctica profesional fundamentada en el quehacer científico.

Como hemos mencionado anteriormente, existe un consenso generalizado respecto al carácter holístico y multifactorial de los diversos desordenes alimenticios. Sin embargo el conceptualizar al individuo como una unidad funcional de acuerdo a una óptica biopsicosocial (Gómez-Péresmitre, 1999) implica no solo considerar a cada uno de estos factores dependiendo del área disciplinar que corresponda sino también analizar cómo interactúan estos factores atendiendo diversas dimensiones (cultural, contextual, familiar, personal) tanto en la instauración como en el desarrollo de estos trastornos.

La presente investigación pretende conformar un modelo predictivo de la Conducta Alimentaria de Riesgo a partir de una concepción científica que contemple una aproximación teórica, y epistemológicamente congruente, que integre una estructura conceptual que, oriente vincule y de coherencia a la actividad profesional y de investigación del Psicólogo con una pertinencia en el plano inter y multidisciplinario que le permita aportar conocimientos básicos en cuanto al papel de los factores psicológicos en la prevención y tratamiento de la

conducta alimentaria de riesgo, que facilite en el plano profesional, el pasar de un nivel de asistencia consultiva (plano multidisciplinario) a un nivel colaborativo (Plano interdisciplinario) que implique co-responsabilidad en la práctica profesional de los desordenes alimenticios.

Aun y cuando se admite el carácter multifactorial de los trastornos alimenticios, la investigación en torno a conducta alimentaria sigue haciendo énfasis en el carácter causal internalista del factor psicológico o atiende a la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales sin contemplar las diversas dimensiones en que se pueden analizar dicha relación.

II.5.1 La Imagen Corporal y los Desordenes Alimenticios

El principal problema de la investigación en Psicología sobre trastornos de conducta alimentaria es que se ha centrado en la determinación de alteraciones de la imagen corporal como el elemento psicológico a considerar tanto en la etiología al considerarlo un factor predisponente (insatisfacción de imagen corporal) a la vez que se le considera como criterio diagnóstico (distorsión perceptiva del tamaño corporal).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM-IV) en su versión castellana de 1995 señala dentro de las características diagnósticas de la anorexia a la alteración de la percepción del peso y de las siluetas corporales como criterio C.

Tal designación, ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a trastornos de comportamiento alimentario sin considerar que diversas investigaciones reportan alteraciones en la imagen corporal relacionadas con el sobrepeso (Delgado Calvete, et al. 2002; Úbeda, et al. 2003; Lora-Cortés & Saucedo-Molina, 2006; Casillas-Estrella, et al. 2006; Sánchez-Sosa, 2007).

A este respecto, Sánchez-Sosa (2007) considera que existe una contradicción respecto al considerar a la alteración de imagen corporal como una categoría diagnóstica de trastornos de conducta alimentaria ya que estos trastornos están directamente asociados con una condición de infrapeso, mientras que la alteración de imagen corporal tendría que ser considerada como factor de riesgo de problemas alimenticios que abarcarían no solamente a problemáticas relacionadas con el infrapeso, sino que estarían igualmente asociadas a actividades en donde el sobrepeso estaría presente lo cual presupone que la determinación de imagen corporal no puede ser conceptualizada como un trastorno actitudinal o perceptual sino más bien deberá de considerarse como una aceptación social de acuerdo a parámetros preestablecidos.

De lo anteriormente comentado se desprende una pregunta en relación a que es lo que realmente evaluamos cuando medimos la imagen corporal, una distorsión perceptiva o cognitiva de la imagen corporal en términos de representaciones mentales (Rivarola, 2003) derivadas de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile, Guillen & Garrido, 2002) o bien una determinación individual respecto al grado de aceptación y adopción al modelo de la delgadez lo cual implica conceptualizar a esta no como distorsión perceptual o cognitiva sino como una adaptación a los parámetros sociales impuestos respecto al ideal de la figura femenina (Sánchez-Sosa, 2007).

Por otra parte es preciso señalar que no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, ni cómo se manifiesta una alteración de ella (Baile, Guillen & Garrido, 2002). Algunos autores han señalado tantas definiciones como perspectivas teóricas existen, por lo que el consenso y la definición precisa del concepto queda aún pendiente (Sepúlveda León & Botella, 2004).

Baile en el 2003 intenta justificar esta falta de consenso en torno a la naturaleza de la imagen corporal argumentando que estamos ante un constructo teórico

multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué a nos referimos.

La tradición intelectualista en Psicología al pretender esclarecer e integrar sus conceptos confunde lo holístico con lo ecléctico (Sánchez-Sosa, 2009) ya que el pretender realizar un maridaje de múltiples términos de diferentes posturas teóricas para conformar y/o complementar un concepto (en este caso imagen corporal) no significa precisamente el contemplar diferentes factores (holismo) en la formulación del término sino que más bien es una mezcla o hibridación ecléctica de diversas explicaciones en torno a lo psicológico, lo cual nos conduce no a una explicación más amplia del concepto (como lo sugiere Baile) sino mas bien nos hunde en una confusión conceptual al plantear integraciones conceptuales espurias de teorías inconmensurables (Sánchez-Sosa, 2007).

En relación a los diversos factores o diversas facetas que componen la imagen corporal según Raich 2001 (perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales) es preciso realizar un análisis de los mismos.

Diversos estudios de meta análisis (Cash & Deagle 1997; Sepúlveda, Botella & León 2001; Sepúlveda, León & Botella 2004) sugieren que la delimitación entre lo perceptual y lo cognitivo como factores independientes o interactuantes no es muy clara argumentando que el aspecto perceptual de la imagen corporal no refiere a una distorsión meramente perceptiva sino que más bien referencian aspectos actitudinales hacia el propio cuerpo.

Una vez descartado el elemento perceptual de la imagen corporal toca el turno al análisis de los aspectos cognitivos y emocionales. Desde una perspectiva cognitiva de la emoción es factible considerar un aspecto central en las diversas teorías cognitivas sobre la emoción que es el de la valoración (appraisal).

Esta postura supone que la emoción cognitivamente hablando es una evaluación en pro o en contra de un estado de cosas que es causada por creencias y que está conectada semánticamente con sus contenidos a través de un sistema interno de representaciones, lo cual conlleva a considerar que las emociones como valoración son una función cognitiva y no un proceso diferente a la cognición, desde esta perspectiva la faceta emotiva de la imagen corporal antes mencionada sería un componente del proceso cognitivo y por consiguiente teóricamente no sería posible considerarlo como un factor distinto al cognitivo.

La consideración de que tanto los aspectos perceptuales como los emocionales son conceptualizados por las modernas teorías como funciones cognitivas, nos lleva de nuevo al eterno dilema en psicología respecto a la dualidad mente-cuerpo y todos sus derivados: cognición-comportamiento, interno-externo, objetivo-subjetivo, público-privado.

La suposición Platónico-Cartesiana que asume una dualidad de instancias o elementos que componen lo psicológico ha llevado a conceptualizar a lo cognitivo y lo comportamental como dos factores diferentes aunque complementarios en las diversas explicaciones teóricas de nuestra disciplina.

Es preciso considerar que el problema de tal asunción no estriba en considerarlas como entidades diferentes sino más bien en la falta de esclarecimiento acerca de las propiedades que delimiten características propias a cada una de estas instancias que las validen como factores independientes aunque interactuantes.

Esta falta de delimitación ha originado en la psicología una serie de confusiones teóricas y conceptuales (Ribes, 2000) que inciden directamente en el quehacer profesional y científico del psicólogo. Un claro ejemplo de esto sucede con los métodos de evaluación cognitivo-afectiva los cuales pretenden evaluar la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo obteniendo con esto un índice de satisfacción corporal, sin embargo la principal desventaja de estas evaluaciones

es que los encuestados puedan falsear los auto informes (Sepúlveda, León & Botella, 2004).

Esta circunstancia conlleva a cuestionar que es lo que realmente miden dichos auto informes si los pensamientos, sentimientos, y las actitudes del entrevistado o más bien lo que el sujeto considere pertinente informar en función de las circunstancias y el contexto (llámese personales, históricas, culturales, institucionales etc.) en los que se presenta dicho auto informe.

II.5.2 Autoestima y los Desordenes Alimenticios

Una de las funciones psicológicas más importantes que se le atribuyen a la familia es la formación del auto concepto o identidad de los miembros que la componen a través de las distintas técnicas de socialización que los padres utilizan, mediante el grado de comunicación padre-hijo o el clima familiar que se establece en el seno de la familia (Musitu & Allat, 1994).

El auto concepto como constructo psicológico ha sido objeto de diferentes posiciones teóricas probablemente las de mayor representatividad según son las orientaciones emanadas de la Psicología cognitiva y el interaccionismo simbólico de Mead (Jiménez, 2006).

Musitu y Allat, consideran que el interaccionismo simbólico y la Psicología cognitiva son orientaciones complementarias y coincidentes en muchos aspectos pero que, estas difieren en el énfasis que le otorgan al estudio del Yo y del Mí, en donde el interaccionismo se centra en el Mi, es decir en el componente social del auto concepto, en cómo éste se configura a partir de la interacción del individuo con los demás miembros de la sociedad, mientras que la Psicología cognitiva se ha preocupado de investigar los aspectos procesales centrándose en lo que los autores llaman estudio del Yo, abocándose a las estructuras de conocimiento relativas a uno mismo y su incidencia en la conducta del individuo.

Contemplando las principales áreas de interés de las posiciones teóricas antes mencionadas estos autores consideran que la perspectiva interaccionista es la que mejor puede explicar cómo la familia y los estilos de socialización que asume conforman el contenido del auto concepto de sus miembros.

A este respecto, se comparte el punto de vista de estos autores en cuanto a que la Psicología cognitiva adopta un carácter reduccionista a centrar sus explicaciones en aspectos procesales de naturaleza interna. Sin embargo, es preciso señalar que George Herbert Mead a quien constantemente citan Musitu y su equipo de trabajo como referente teórico, no es el precursor del interaccionismo simbólico aunque constantemente se le asocia con esta corriente por diversos autores (Pérez, en Belanger, 2001).

Mead quien desarrollo el conductismo social, considera que la conducta del grupo social no es construida de acuerdo con la conducta de los individuos que lo componen, sino que se debe comenzar con un todo social dado, de actividad grupal compleja (la red social), en el cual se considera el comportamiento de cada uno de los individuos que lo integran (Forni, 1988).

Desde la perspectiva del conductismo social, la Psicología social de Mead es un intento de explicar la conducta y la experiencia del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social (Mead, 1934).

Aunque tanto el Conductismo Social (Mead) como el Interaccionismo Simbólico (Blumer) basan sus concepciones en la Psicología pragmática, estas posturas mantienen posiciones ontológicas contrarias ya que mientras Blumer sostiene la posición ontológica del nominalismo social, Mead se centra en el realismo social.

Así, mientras que para el Interaccionismo Simbólico el punto de partida es el sujeto, para el conductismo social comienza observando a la sociedad como un todo (Forni, 1988). Este análisis que expresa Forni en torno a estas dos posturas

perfila la posición ontológica del interaccionismo simbólico bajo una perspectiva fenomenológica de tipo Lewiniano, mientras que los postulados de Mead están relacionados con la perspectiva de campo interconductual. Al considerar Musitu y Allat las aportaciones teóricas de Mead se confirma la concordancia lógica entre la postura de campo interconductual y el modelo explicativo de Musitu.

La autoestima se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; mediante este constructo expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio que tiene de sí mismo una persona; es decir es un evento privado pero no en el sentido internalista sino de unicidad, por lo que debe de conceptualizarse como un evento personal y no subjetivo

Aun y cuando Musitu hace referencia a constructos de carácter internalista como aspectos cognitivos y cualidades subjetivas y valorativas (Musitu, Román & Gracia, 1988), al definir el concepto como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Musitu, Buelga, Lila & Cava (2001), estos no hacen ninguna referencia directa a influencias producto de entidades internas sino que supeditan la autoevaluación como una resultante interacción del individuo con su medio social.

Razón por la cual el concepto de autoestima será contemplado en el presente trabajo como un tipo de aprendizaje social de auto descripción (Epling & Pierce 1992) producto de la interacción y la historia comportamental del individuo.

II.5.3 La Alexitimia y los Desordenes Alimenticios

La alexitimia es un constructo desarrollado por Peter Sifneos en 1972, cuya raíz griega proviene de la letra a que es un vocablo privativo –sin— y de la palabra

thimos, que significa afecto (sin palabras para los afectos). Por consiguiente este término refiere una incapacidad para identificar en sí mismas el componente afectivo de las emociones, y por tanto incapacidad de expresarlas verbalmente.

Las diversas investigaciones en torno a la alexitimia han encontrado hallazgos que le permiten asociarla con dependencia a sustancias, trastornos de conducta alimentaria, personalidad antisocial y trastorno por estrés postraumático.

Fernández (1999) señala las características de la Alexitimia:

Dificultad para identificar y comunicar sentimientos.

Dificultad para distinguir afectos de sensaciones corporales.

Escasa capacidad de simbolización: poca o nula fantasía y actividad imaginativa.

Preferencia para ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas.

Convencionalmente las características anteriormente señaladas pueden ir acompañadas también por un alto grado de conformismo social, que se puede confundir con normalidad, pero que es un comportamiento rígido sujeto a reglas convencionales además de presentarse una especie de Impulsividad en donde los conflictos se manifiestan en acciones irreflexivas, sin que el propio sujeto las relacione con las emociones subyacentes y una tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas, ya sea de dependencia o de aislamiento.

II.5.4 La Conducta (sintomatología) Depresiva y los Desordenes Alimenticios

El abordaje de las emociones es especialmente intrincado y generalmente se encuentra sujeto a entidades subjetivas de naturaleza interna que en algunas posturas teóricas guarda aun un carácter innato. Sin embargo, una supuesta evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que genera una doble función que por un lado son independientes (como causa) pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos.

Desde una perspectiva de campo interconductual, las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree sino que también está presente en otros organismos.

Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (Alegría, Tristeza, Euforia, Nostalgia, Coraje, etc.) son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares difieren ya que la situación esta mediada por experiencias previas de aprendizaje.

II.6 Conducta Alimentaria de Riesgo

Otra problemática a la que se enfrenta los estudios sobre conducta alimentaria es el relacionado con la conducta alimentaria de riesgo (CAR), debido a que la determinación de esta gira en torno a formas parciales de medidas clínicas de trastornos de conducta alimentaria (TCA) (Ballester, et al 2002).

Los criterios de CAR giran en torno a los síntomas de los cuadros clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV. De tal manera que los criterios de CAR se basan en puntuaciones bajas de los diferentes rasgos clínicos de TCA o de consideraciones acerca de dietas crónicas restrictivas (Unikel, Bojorquez & Carreño, 2004; Calado, Lameiras & Rodríguez, 2004; Acosta & Gómez-Péresmitré 2003).

Esta condición en cuanto a la determinación de conducta alimentaria de riesgo no deja de ser una limitante ya que deja a un lado la posible determinación de conducta alimentaria de riesgo asociada a obesidad además, el determinar CAR

mediante rasgos preclínicos de TCA podría propiciar un sesgo estadístico ya que es factible encontrar homologación de ítems en las escalas de CAR y las escalas de IIC.

Hablar de la importancia de una serie de factores de riesgo en los TCA, sin embargo el hecho de hablar de factor de riesgo y no de causalidad es adecuado cuando se hace referencia a los TCA ya que un solo factor no puede intervenir como agente necesario y suficiente para propiciar un trastorno determinado, cuando en el sujeto coinciden una serie de factores se podrían determinar que estos serían la causa del trastorno dejando de ser solo factores de riesgo (Toro, 2004).

Los modelos habituales consideran que los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria son aditivos y sus efectos varían de un periodo de desarrollo a otro son modelos Multifactoriales

Resumiendo lo anteriormente dicho, se considera que el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1979) presenta una visión contextualista del comportamiento humano con una clara influencia de la Psicología topológica en donde se aprecia el carácter fenomenológico en la concepción de desarrollo humano, el cual define como “un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 2002).

Asimismo cuando señala que “ha existido una marcada asimetría en la atención que la teoría y la investigación han prestado a la persona, con un escaso interés en el análisis del ambiente en que ésta se desarrolla”, refleja también una postura dualista, pues valida a la vez las abstracciones explicativas de índole interno (percepción de la persona) así como las propiedades ambientales (influencia contextual) que expliquen el comportamiento.

El carácter dualista manifiesto en el modelo ecológico al centrarse en la búsqueda de causalidades (llámese internas y/o externas) convierte a esta postura en una explicación diacrónica atomista tradicional en lugar del enfoque de campo basado en el concepto sincrónico de estructura organizativa de los elementos cuya finalidad es el poner de manifiesto el sistema de interdependencias entre los múltiples factores interactuantes en el evento psicológico.

Aunque el modelo proporciona un marco general para la intervención y la especificación de intervenciones ecológicas dirigidas a todos los niveles de los sistemas interactivos el carácter fenomenológico de sus conceptos limita su capacidad heurística.

Es preciso señalar que no se pretende hacer un maridaje meta teórico de las posturas gestálticas e interconductuales mismas que, por lo anteriormente mencionado son concepciones inconmensurables.

Sin embargo, existen antecedentes de aproximaciones eco-conductuales (Barnett et al. 1997; Brown et al.1998) que permiten considerar la estructura contextual que presenta la teoría ecológica de Bronfenbrenner, aun y cuando como comenta García (2001) el modelo no especifica los mecanismos exactos a través de los cuales los múltiples factores influyen interactivamente en el desarrollo del individuo, por lo que es necesario recurrir a un modelo que integre la estructura contextual con variables personales desde una perspectiva interactiva Psicosocial (de campo).

Precisamente el modelo explicativo de Musitu parte de una concepción interactiva psicosocial en la que la interacción de factores contextuales (familia, escuela y comunidad) y factores personales, explican tanto el adecuado ajuste psicosocial como la implicación en conductas problemáticas del adolescente.

Como consideración última cabe señalar porque se decidió adoptar una postura interconductual como marco metateórico del presente trabajo.

En primer lugar se parte de la consideración de un principio fundamental la ciencia que establece que ninguna explicación es acabada y/o perfecta. Este principio Popperiano de la falsación en donde las teorías son aceptadas provisionalmente hasta no ser refutadas, es lo que da sentido a la investigación científica. La ciencia no se puede dar el lujo de explicaciones acabadas y perfectas como es el caso de la religión o el Psicoanálisis.

El avance científico se da a través del análisis y la argumentación no solamente en el terreno teórico sino que también es necesario recurrir al análisis lógico-epistemológico e inclusive considerar argumentos desde una perspectiva que identifique la dimensión individual (Padilla, 2006). La aprobación o descalificación por convalidación pública y no por argumento de las diversas propuestas teóricas o metateóricas en Psicología, pone el riesgo el que nuestra disciplina se convierta en una ciencia de consenso.

El que esta tesis asuma un planteamiento metateórico interconductual (aun y cuando se ha argumentado su pertinencia) en una comunidad de orientación mentalista conlleva el riesgo de ser descalificada en lugar de contra argumentada.

Como hemos venido explicando ya en anteriores puntos y con el objetivo de esclarecer el marco metateórico y teórico-conceptual de la tesis resulta pertinente señalar de nueva cuenta que, la presente investigación parte de una perspectiva de campo interconductual que considera a las variables psicosociales como eventos prístinos (Kantor, 1971) y no como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos).

Aun y cuando muchos de los conceptos empleados provienen de teorías mentalistas que inclusive han acuñado escalas propias que asumen que a través

de estas se mide un atributo interno, no representa un atenuante o un criterio válido en contra de la postura metateórica que sustenta el presente trabajo que parte de la cancelación de interpretaciones subjetivas-internalistas.

La suposición de que a través del autoinforme se pueden medir disposiciones internas como percepciones y/o cogniciones que condicionan o delimitan la acción y que éstas pueden ser medidas excluyendo la influencia tanto biológica como ambiental, contextual y de historia personal, es la principal limitante de la tradición intelectualista en Psicología, esto debido a que no podemos conceptualizar lo interno como algo separado o aislado de la acción y, por lo tanto, no puede distinguirse del comportamiento, puesto que, lo que realmente medimos es precisamente el resultado de la interacción de todos estos factores, es decir, el comportamiento psicológico y no una parcial y confusa reducción categorial de atributos internos (Sánchez-Sosa, Villarreal-González & Moral, 2008)

CAPITULO III METODO

III. 1 Tipo de estudio

Estudio correlacional explicativo, con un diseño no experimental de tipo transversal.

III. 2 Muestra

Se empleó un muestreo no probabilístico por cuotas, ya que los cuestionarios se aplicaron en grupos intactos de salones de clase. Las cuotas equiponderales (equivalentes entre sí) se definieron por semestre y turno. Desde una población de alumnos $N=6412$ en 2 planteles (dos secundarias y dos preparatorias), el tamaño muestral (1285) permite una estimación del porcentaje hipotetizado de 20% de casos de conducta alimentaria de riesgo con un margen de confianza del 95% y un error de estimación del 1.96% (Blas, Ortega, Frankena, Noordhuizen & Thusfield, 2000).

El tamaño de muestra se estimó con el programa n Query Advisor 6.0. En el nivel de secundaria la muestra de 634 (49.5%) sujetos quedo conformada por 305 alumnos de una selección de 12 grupos de una secundaria. Para la otra institución educativa de nivel secundaria se seleccionó una muestra de 329 alumnos extraídos también de 12 grupos seleccionados al azar.

Los 651 (50.5%) sujetos seleccionados de la muestra del nivel de educación media superior quedo integrada por 348 alumnos seleccionados de 10 grupos del plantel ubicado en uno de los municipios conurbados, de la preparatoria del otro municipio se seleccionaron también 10 grupos con una muestra de 304 alumnos.

Los adolescentes de la muestra tienen edades comprendidas entre los 12 y los 21 años, con una media de edad de 15.07 y una desviación estándar de 1.5. La

muestra presenta porcentajes equivalentes en genero con 645 mujeres (50.5%) y 632 hombres (49.5%).

III.3 Instrumentos de Evaluación

Mediante la aplicación de un cuestionario se utilizaron una serie de instrumentos que fueron seleccionados considerando su pertinencia teórica y en función de los objetivos de la investigación en un intento de cubrir la información necesaria de cada una de las variables objeto de estudio. En donde se contemplan variables socio demográficas, variables contextuales, variables personales o psicosociales y la variable dependiente.

III.3.1 Variables Contextuales

El análisis de los predictores de conducta alimentaria de riesgo se dividió en dos grupos variables contextuales y variables personales. Se definieron tres contextos interactivos en base a los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (microsistema): familia, escuela y comunidad. Para cada uno de estos escenarios se eligieron una serie de escalas en función de su pertinencia contextual y teórica, las cuales se describen a continuación.

III.3.1.1 Variables Familiares

III.3.1.1.1 Escala de Comunicación Padres-Adolescentes (PACS)

Se utilizo la adaptación castellana del Parent Adolescent Communication Scale (PACS) de Barnes y Olson 1982, denominada Escala de Comunicación Padres-Adolescentes de Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001).

Esta escala está compuesta por 20 reactivos e informa sobre el tipo de comunicación existente entre el adolescente y sus padres. Las respuestas van de 1 (nunca) a 5 (siempre). Once ítems están redactados en sentido directo y 9 en sentido inverso (4, 5, 10, 11, 12, 15, 18, 19 y 20). La fiabilidad de la escala

integrada presenta en la versión original un Alpha de Cronbach de $\alpha=.87$ para madres y $\alpha=.86$ para padres.

La escala general original presenta una estructura de dos factores que se refieren al grado de apertura y a la presencia de problemas en la comunicación familiar (Alpha de Cronbach $\alpha=.87$ y $\alpha=.78$ respectivamente). Las subescalas tanto para madre como para padre presentan también la misma estructura factorial, obteniendo una fiabilidad en la subescala de apertura a la comunicación con la madre de $\alpha=.89$ y de $\alpha=.91$ para padre. Por su parte, el factor problemas de comunicación presenta consistencia interna de $\alpha=.64$ en madres y de $\alpha=.66$ para padres.

En un estudio realizado por Estévez, Musitu y herrero (2005) utilizando un análisis de componentes principales con rotación varimax se presentó una estructura de tres factores. El primer factor explica el 30.7% de la varianza y se compone de 11 reactivos referentes a la apertura en la comunicación familiar (1,2,3,6,7,8,9,13,14,16,17); el segundo factor explica el 21.8% de la varianza y agrupa 4 reactivos referentes a la comunicación familiar ofensiva (5,12,18,19) y por último el tercer factor explica el 9.5% de la varianza y se compone de 5 reactivos referentes a la comunicación familiar evitativa (4,10,11,15,20).

La fiabilidad de la estructura tridimensional reporta un coeficiente Alpha de $\alpha=.87$ para comunicación abierta, $\alpha=.76$ para comunicación ofensiva y $\alpha=.75$ para comunicación evitativa.

III.3.1.1.2 Cuestionario de Función Familiar, APGAR Familiar (APGAR).

El Cuestionario Family Apgar de Smilkstein, Ashworth, Montano (1982) mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): *Adaptación* (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) *Participación* (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas),

Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), *Afecto* (relación afectiva entre los miembros de la familia) y *Resolución* (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas).

En la presente investigación se utilizó la adaptación Española de Bellon Delgado, Luna y Lardelli (1996). Consta de 5 reactivos todas redactadas en sentido positivo, que se contestan con una escala tipo likert de tres opciones de respuestas (casi nunca, a veces y casi siempre) que se puntúan en la escala original de 0 a 2 con un rango de 0 a 10. Se ha utilizado en diversos estudios, para la valoración familiar en casos de alcoholismo, HIV, depresión y embarazos en adolescentes (Rangel, Valerio, Patiño y García, 2004).

Para su codificación se estiman valores de > 6 como funcional y < 6 como disfuncional. En algunos casos, se valora de 0 a 3 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve y la funcionalidad familiar se contemplan las puntuaciones de 7 a 10.

En la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996) la fiabilidad test-retest es superior a .75. Posee una buena consistencia interna según datos de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) quienes reportan un alfa de Cronbach de $\alpha=.84$. Asimismo, se obtuvo el mismo valor en una muestra chilena (Caqueo & Lemos, 2008).

En cuanto a validez, el trabajo original reporta un alto grado de correlación (.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Índice. El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9% de la varianza. El índice de Kaiser-Mayer-Olkin fue de .82 y el test de esfericidad de Bartlett de 1.315.2 ($p<0.000050$).

III.3.1.1.3 Escala de Apoyo Familiar

Para obtener esta variable se utilizó la subescala de la escala de apoyo familiar y de amigos de Landero y González (2008) esta subescala consta de ocho reactivos

en cuya redacción se hace clara referencia al apoyo familiar. Se contesta con una escala de tipo likert de cinco opciones de respuesta. Como todos los reactivos son directos la estimación de la subescala se obtiene mediante la suma simple de los reactivos. A mayor puntaje mayor apoyo familiar.

III.3.1.2 Variables Escolares

III.3.1.2.1 Escala Breve de Ajuste Escolar (EBAE-10)

Para determinar el ajuste escolar se creó una escala de 10 reactivos para medir las dimensiones: problemas de integración escolar, rendimiento escolar y expectativa académica. La prueba tiene 6 opciones de respuesta tipo likert (que van completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo).

La escala muestra una estructura de tres factores, el primer factor está definido por cinco reactivos (6, 7, 8, 9 y 10) denominados problemas de integración escolar (refleja problemas de ajuste al medio escolar). El segundo factor consta de tres reactivos (1, 2 y 5) que implican rendimiento escolar y el tercer factor está compuesto por dos reactivos (3 y 4) que reflejan la expectativa académica (intención de acudir a la universidad). El coeficiente Alpha de Cronbach para las subescalas es para problemas de integración escolar $\alpha=.84$, Rendimiento Escolar $\alpha=.78$ y Expectativa Académica $\alpha=.85$. Mientras que la fiabilidad de la escala global es de $\alpha=.79$

Para la determinación de cada uno de los factores todos los reactivos son considerados positivos. Sin embargo, para una estimación general de la escala que integre los factores en el constructo denominado Ajuste Escolar será necesario invertir los ítems de la dimensión problemas de integración Escolar.

III.3.1.2.2 Escala de Clima Social en el Aula (CES)

Para medir el clima social en el aula se utilizó el Classroom Environment Scale (CES) Este instrumento, fue elaborado por R.H.Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett junto con otras escalas para la medición del clima social en la familia (FES), en el trabajo (WES) y en instituciones penitenciarias (CIES). La escala se centra en la

evaluación del clima psicosocial en el aula, basándose en las percepciones compartidas por los miembros del grupo escolar, conceptualizando el ambiente como un sistema dinámico, que incluye tanto la conducta docente como la interacción profesor alumno y la interacción entre alumnos.

El CES original consta de 90 ítems, es una escala dicotómica cuya opción es entre falso o verdadero, cuenta con nueve subescalas de 10 ítems cada una (implicación, afiliación, ayuda, tareas, competitividad, organización, claridad, control e innovación) las cuales se agrupan en cuatro grandes dimensiones relaciones, autorrealización, estabilidad y cambio (Cava & Musitu, 2000)

Para este estudio se utilizó la versión reducida de 30 ítems (Moos, Moos & Trickett, 1984). Tomando como base la adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, (1984), se cambió la opción dicotómica de respuestas a una escala tipo lickert con cinco opciones de respuesta (Nunca, Casi nunca, algunas veces, bastantes veces y muchas veces) con la finalidad de obtener respuestas más específicas.

La adaptación española (dicotómica) evalúa la dimensión de relaciones, que hace referencia al grado en que los alumnos se encuentran integrados en clase y existen comportamientos de ayuda y apoyo entre ellos y el profesorado. Consta de tres subescalas: implicación, amistad/ayuda entre alumnos y ayuda del profesor (Martinez-Anton, Buelga & Cava, 2007).

Respecto a la fiabilidad de la adaptación española, las subescalas de Implicación, Amistad y ayuda al profesor presentan un coeficiente de consistencia interna de: $\alpha=.85$, $\alpha=.78$ y $\alpha=.90$ respectivamente (Arévalo, 2002). La validez concurrente de la adaptación española presenta correlaciones elevadas y significativas con el área social del Inventario de Ajuste de la personalidad de Hugo Bell (Arévalo, 2002).

Por otro lado, la escala discrimina en función de la edad: los adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 12 años obtienen mayores puntuaciones en esta escala, en comparación con los adolescentes de entre 12 y 16 años (Cava & Musitu, 1999).

III.3.1.2.3 Escala de Conducta Delictiva y Violenta Escolar (CDVE)

La conducta violenta escolar (CVE) y la victimización escolar (VE) fueron evaluadas por la adaptación Española de la escala de conductas predelictivas de Rubini y Pombeni (1992) de Musitu et al. (2001) Esta adaptación consta de 23 reactivos, a los que se responde de forma afirmativa o negativa. Cava, Musitu, y Murgui en el 2006 utilizan el mismo instrumento aunque en este caso la respuesta a los ítems se realiza mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces y muchas veces). Los reactivos se refieren a distintas conductas que pueden considerarse como agresivas y/o predelictivas (“he insultado a compañeros/as de clase”, “he roto los cristales de las ventanas de la escuela”, “he robado objetos de mis compañeros o de la escuela”). Para el presente estudio se utilizó la versión likert de 19 reactivos (Musitu, 2008). El coeficiente de fiabilidad obtenido por Musitu et al. Es de $\alpha=.92$.

III.3.1.3 Variables Comunitarias

III.1.3.1.3.1 Cuestionario de Apoyo Social Comunitario (ASC)

Respecto a la variable de apoyo social en las dimensiones de integración y participación se utilizó el cuestionario de Apoyo Social Comunitario de Gracia Musitu y Herrero, 1993 el cual está integrado por 20 reactivos trece de ellos redactados en forma positiva (2,3,5,6,7,8,10,12,14,15,17,18,19) y siete en sentido inverso (1,4,9,11,13,16,20) la estructura factorial original mide las dimensiones de integración comunitaria, participación comunitaria y apoyo social en los sistemas informales.

En relación a las propiedades psicométricas del instrumento El coeficiente Alpha de Cronbach para la escala general es de $\alpha=.76$. La dimensión de integración comunitaria reporta una consistencia interna de $\alpha=.88$, la de participación de $\alpha=.86$ y apoyo social de $\alpha=.85$.

En cuanto a la validez externa, las 3 dimensiones discriminan entre personas mayores de 64 años que viven en su hogar y aquellas de 64 años que viven en asilos. También discrimina entre adolescentes jóvenes y mayores en el sentido de que los primeros tienen menor integración y participan menos en la comunidad; también perciben menos apoyo de los sistemas formales. Igualmente la escala tiene, en general, correlaciones positivas con la autoestima social y familiar, con el clima social familiar de Moos y correlaciones negativas con la sintomatología depresiva y la soledad. (Gracia, Herrero & Musitu, 2002).

III.3.1.3.2 Escala de Apoyo de Amigos

Para medir esta variable se utilizó la subescala de apoyo de amigos de la escala Apoyo Familiar y de Amigos (AFA) de Landero y González (2008). Esta subescala cuenta con 7 reactivos y se contesta con una escala tipo likert de cinco opciones de respuesta. Como todos los reactivos son directos la estimación la subescala se obtiene mediante la suma simple de los reactivos. A mayor puntaje mayor apoyo social.

No se cuentan con las propiedades psicométricas de fiabilidad, validez ni datos exploratorios o confirmatorios que den cuenta de la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la escala.

III.3.2. Variables Personales

III.3.2.1 Variables Psicosociales

Respecto a las variables psicosociales de sintomatología depresiva, autoestima, insatisfacción de imagen corporal, alexitimia, ideación suicida y estrés se emplearon los instrumentos que se enlistan a continuación.

III.3.2.1.1 Escala de Sintomatología Depresiva (CESD)

En la evaluación de sintomatología depresiva se empleó la adaptación española del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; (CESD) de Radloff (1977) realizada por el grupo Lisis. Esta versión al español tiene como título cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva.

La escala original está integrada por 20 reactivos, con un rango de 0 a 3 y un recorrido de 0 a 60. Los reactivos de la escala fueron seleccionados por Radloff de otras escalas de depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Gardner, 1968; Raskin, Schulterbrandt, Reatig, & McKeon, 1969; Zung, 1965). De los 20 reactivos, 16 están redactados de forma directa (1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,17,18,19,20) y 4 en forma inversa (4,8,12,16).

Este instrumento, evalúa la sintomatología asociada normalmente con la depresión, pero no evalúa la depresión en sí misma. Tanto la adaptación al castellano como la escala original reportan una estructura mono factorial.

La estimación de la escala se obtiene mediante la suma de todos los reactivos por que se tienen que invertir los valores de los reactivos redactados en sentido inverso (4,8,12,16). A mayor puntaje mayor ánimo depresivo.

En el instrumento adaptado, la escala tipo likert se amplía de 4 a 5 posibilidades de respuesta [1) nunca, 2) pocas veces 3) algunas veces, 4) muchas veces 5) siempre]. Por lo que a diferencia de la escala original el recorrido de la adaptación va de 20 a 100.

La versión original reporta una consistencia interna de $\alpha=.85$. con una muestra aleatoria y $\alpha=.90$ con una muestra de clínica. La fiabilidad de la escala global de la adaptación Española es de $\alpha=.83$. La validez concurrente reporta correlaciones negativas con autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar y correlaciones

positivas con el conflicto familiar, estrés y los problemas de conducta y victimización en la escuela.

La discriminación por sexos y edades muestra que los hombres adolescentes presentan puntuaciones más bajas que las mujeres, además, las puntuaciones obtenidas en la adolescencia media son superiores a las mostradas en la adolescencia temprana.

Además, se han obtenido correlaciones elevadas con medidas que indican la red social del adolescente: la sintomatología depresiva se relaciona negativamente con el número de amigos en la escuela y positivamente con el número de amigos fuera de la escuela.

III.3.2.1.2 Cuestionario de Evaluación de Autoestima en Adolescentes (AF5)

Para medir la variable de autoestima, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Autoestima en Adolescentes (García & Musitu, 1999).

Esta escala mide el autoconcepto de los sujetos con cinco dimensiones: académica, familiar, física, social y emocional. La escala utilizada consta de 30 elementos formulados en términos positivos y negativos. A mayor puntuación en cada uno de los factores mencionados, corresponde mayor auto concepto en dicho factor.

La estructura pentadimensional (académico, social, emocional, familiar y físico) se fundamenta en el modelo teórico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), quienes, entre otras características como la organización jerárquica a partir de una dimensión general, consideran que el autoconcepto presenta diversos aspectos relacionados (no ortogonales) pero distinguibles, que pueden encontrarse diferencialmente relacionados con diversas áreas del comportamiento humano. (Musitu, García & Gutiérrez, 1994)

La consistencia interna del conjunto global de la escala original es de $\alpha=.81$ según alfa de Cronbach. La consistencia interna de las dimensiones fueron: Académica $\alpha=.88$; Social $\alpha=.69$; Emocional $\alpha=.73$; Familiar $\alpha=.76$ y Física $\alpha=.74$.

En cuanto a validez la escala discrimina entre hombres y mujeres; los hombres muestran mayor nivel de autoestima emocional y física que las mujeres, mientras que éstas muestran mayor nivel de autoestima académica.

En relación con la autoestima académica y física los adolescentes de 12-14 años expresan, mayores niveles que los adolescentes de 15-17 y 18-20. Todas las dimensiones de la autoestima correlacionan positivamente con la dimensión de socialización de apoyo, y negativamente con las de coerción, sobreprotección y reprobación (García & Musitu, 1999).

III.3.2.1.3 Cuestionario de la Forma Corporal

Para la determinación de la insatisfacción de imagen corporal se utilizó el Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper Fairburn y Taylor (1987) en su adaptación a población española (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos & Zapater, 1996) denominado Cuestionario de la Forma Corporal. (CFC)

El CFC es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal de TCA (anorexia y bulimia), el cual ha mostrado su capacidad para evaluar la figura en personas que no sufren de estos trastornos (Raich, 2001). Consta de 34 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea. El cual es muy útil según Raich (2001) para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.

El CFC parece ser un buen instrumento para medir la imagen corporal, es una escala tipo likert con 6 opciones de respuesta pudiéndose obtener una puntuación entre 34 y 204 puntos (Baile, Raich & Garrido, 2003). Sus puntuaciones se clasifican en cuatro categorías <81 no hay insatisfacción corporal; 81-110 leve

insatisfacción corporal; 111-140 moderada insatisfacción corporal; >140 extrema insatisfacción corporal. (Espina, Ortego, Ochoa, Alemán & Juaniz, 2001; Cooper, Taylor & Cooper, 1987).

Dicho instrumento cuenta con un coeficiente de consistencia interna obtenido en una muestra no clínica de en población española es de $\alpha=.97$. (Espina, et al. 2001). Cuenta con una validez convergente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI de .78 y con el EAT de .71 (Rodríguez & Cruz, 2006).

III.3.2.1.4 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

La escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) es un cuestionario auto administrado. Consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. Los reactivos 4, 5, 10, 18 y 19 puntúan de forma inversa.

Existe una estructura ortogonal tridimensional subyacente, que explica el 31% de la varianza. La escala presenta tres dimensiones o subescalas que son: dificultad para la discriminación de señales emocionales (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad en la expresión verbal de las emociones (2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento orientado hacia detalles externos (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20).

La escala de alexitimia de Toronto es un criterio fiable y válido de alexitimia. Se trata de un instrumento más específico (95%) que sensible (78%), lo que sugiere su mayor capacidad para detectar la ausencia de rasgo que su presencia. Aunque los autores no indican puntos de corte, en la validación española se demostró la validez discriminante del instrumento al ser altamente significativa la diferencia de puntuación observada entre la muestra clínica (51,82) y la muestra control (44,23).

Se ha sugerido que la escala de 20 ítems, respecto a la de 26, adolece del factor que explora los ensueños o vida fantasmagórica, cuya valoración es importante en la alexitimia. En cuanto a la influencia de las variables sociodemográficas se

observa menor alexitimia cuanto mayor nivel de estudios y en edades intermedias. También se ha observado mayor nivel de alexitimia en los varones.

Sus propiedades psicométricas reportan una consistencia interna en la escala completa elevada (alfa de Cronbach de $\alpha=.81$), así como de los tres factores principales de $\alpha=.77$. En la validación española la consistencia interna fue de $\alpha=.82$ y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de $\alpha=.72$ y a las 48 semanas de $\alpha=.69$. Estos datos son estadísticamente similares a los obtenidos en la otra validación española.

Aunque se han sugerido soluciones de 4 y 5 factores, la estructura más aceptada es la de 3 factores principales, que explican el 32.5% de la varianza. La sensibilidad es del 78% y la especificidad del 95%. La correlación con el Scored Archetypal Test-9 (SAT-9) es elevada y negativa (-.7). Respecto al Cuestionario de los 5 Grandes Factores (BFQ), se observa una relación significativa e inversa con los factores de estabilidad emocional, apertura mental, extraversión y afabilidad (Moral de la Rubia & Retamales, 2000).

La versión que se emplea en este estudio es la validación en México de la escala (Moral, 2009). Tiene 6 puntos de recorrido por reactivo (de 0 totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo), con tres puntos en cada polaridad y sin punto intermedio, así el rango potencial de la escala es de 0 a 100.

III.3.2.1.5 Escala de Ideación Suicida (ID)

Se utilizó la adaptación para población mexicana (Mariño, Medina-Mora, Chaparro & González-Forteza 1993) de la escala de ideación suicida de Roberts (1980)

La Escala consta de cuatro reactivos: “no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos sobre la muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto”, y “pensé en matarme”. Las opciones de respuesta permiten conocer la

ocurrencia de los síntomas en la última semana: 1= “0 días”; 2= “1-2 días”; 3= “3-4 días”, y 4= “5-7 días”.

El rango de la escala varía de 4 a 16. Todos los reactivos están redactados en sentido directo y la puntuación en la escala se obtiene por la suma simple de reactivos. A mayor puntaje mayor ideación suicida. Además de la escala se incluyó un reactivo sobre intento suicida con tres opciones de respuesta (una vez, mas de una vez y nunca lo he hecho) ¿alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?

La fiabilidad de la escala en adolescentes mexicanos, varia en diversos estudios de $\alpha=.78$ (González-Forteza, 1992), $\alpha=.81$ (González-Forteza, 1996) y $\alpha=.83$ (González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores, Medina-Mora, 1998) a $\alpha=.88$ (Mariño, Medina-Mora, Chaparro & González-Forteza, 1993).

III.3.2.1.6 Escala de Estrés Percibido (PPS)

Se empleo la adaptación mexicana (González & Landero 2007) del Perceived stress scale, (PSS) de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983). Esta escala mide el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. La escala consta de 14 reactivos con puntuación de 0 (nunca) 4 (muy a menudo) y un recorrido de 0 a 56. Un estudio realizado en España por Remor (2006) mostró una fiabilidad de $\alpha=.81$. Las propiedades psicométricas reportadas por los autores mexicanos indican una adecuada consistencia interna $\alpha=.83$.

La versión mexicana reporta una estructura factorial al utilizarse análisis factorial confirmatorio; con el Factor 1 explicando un 42.8% de la varianza y el Factor 2, un 53.2%, así como estadísticos de ajuste aceptables en el AFC (González y Landero, 2007) confirmando la estructura factorial de la escala original.

Cohen y Williamson (1988) indican que para propósitos de medición de la percepción de estrés, la distinción entre los 2 factores resulta irrelevante y que debe considerarse un solo puntaje de estrés.

III.3.3. Variable Dependiente

III.3.3.1 Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Para medir la conducta desadaptativa de Conducta Alimentaria de Riesgo se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) validado en México por Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004). Dicho instrumento cuenta con una confiabilidad de alfa $\alpha=.83$ y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%, el análisis discriminante mostró que casi el 90% de los casos fueron correctamente agrupados.

El cuestionario fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), cuenta con 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. A partir de los análisis el punto de corte de 10 fue el que mostró los mejores resultados: arrojó una sensibilidad de.81 y una especificidad de.78, con un valor predictivo positivo de.38 y un valor predictivo negativo de.96. Cabe mencionar que este instrumento establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con qué elementos psicológicos se relacionen.

III. 4 Procedimiento

Una vez seleccionadas las escalas a utilizar, se realizó la adaptación conceptual de los instrumentos para población mexicana ya que algunos de ellos son adaptaciones españolas, posteriormente se estableció la validez facial (Ortega, 2008) para determinar la claridad, precisión y comprensión del cuestionario mediante dos métodos:

- A. Jueceo de Expertos: se conto con un panel de expertos conformado por los revisores de tesis y expertos externos.
- B. Piloteo del Instrumento: Se aplico el instrumento a 30 adolescentes para evaluar la comprensión y claridad del instrumento.

Se aplico el cuestionario de auto informe a cuatro centros educativos dos escuelas preparatorias y dos escuelas secundarias de dos municipios conurbados del estado de Nuevo León. Se utilizaron muestras de cada plantel aplicando 1285 cuestionarios (651 en nivel preparatoria y 634 en secundaria).

En la aplicación del cuestionario se consideraron una serie de compromisos institucionales tanto de servicio como de formación que garantizara una recolección de datos de calidad y el cumplimiento ético de proporcionar a las instituciones los resultados del estudio y el compromiso de atender las posibles necesidades detectadas producto de la investigación.

Una vez determinadas las instituciones académicas así como el número de alumnos de los centros académicos seleccionados para participar en la investigación, se procedió a realizar una visita personal a las dependencias educativas con la finalidad de proporcionar a los directores de cada centro educativo un oficio en el cual nuestra institución (la Facultad de Psicología de la UANL) avala y explica los objetivos del estudio y a la vez establecer un compromiso de capacitación al plantel docente con valor curricular en cuanto al tema a investigar así como también a desarrollar programas de intervención en los

casos que, producto de la investigación se detecte alguna problemática general o individual como una manera de reeditar la cooperación de la institución.

Asimismo se estableció un compromiso con la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León para capacitar alumnos de pregrado y posgrado (licenciatura y/o maestría) para que participaran como colaboradores del estudio teniendo a su cargo la tarea de aplicar los instrumentos además de concientizar a los encuestados de la importancia de la veracidad de sus respuestas, tomando en cuenta que es más propicio establecer condiciones favorables de aplicación cuando se utilizan a pares académicos como encuestadores (Musitu, 2007.comunicación personal).

La importancia de llevar a cabo una recolección de datos de calidad con los requisitos antes señalados facilita por una parte la fiabilidad de las respuestas de los participantes a la vez que se establece un compromiso de proporcionar capacitación y servicio a la institución participante.

Con anterioridad, se estableció fecha y hora en que los alumnos serian convocados para responder a los cuestionarios. En cada aula, se entregaron a cada alumno los cuestionarios a contestar asignándose dos encuestadores para cada salón.

Antes de responder a dichos cuestionarios, los colaboradores hicieron hincapié en que se trataba de un estudio en donde se les solicita su colaboración voluntaria garantizándoles la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. A continuación, se les proporciono a todos los sujetos una serie de instrucciones, con el propósito de que lleven a cabo el trabajo con la mayor claridad posible.

Una vez explicado cómo tendrían que contestar, se les solicito que cada uno trabajara individualmente en presencia de los colaboradores. Se les insto también

a que en caso de surgir cualquier duda, preguntaran a las personas encargadas de pasar los cuestionarios y no a los compañeros de clase.

Para evitar el efecto de fatiga y la posibilidad de obtener respuestas falseadas se hicieron dos versiones de cuestionario (distribuyendo de diferente manera las escalas) y se aplico, en dos tiempos de 30 minutos con un receso de 15 minutos. Debido a la extensión del cuestionario se considero necesario este descanso ya que la cantidad de ítems del cuestionario podría fatigar a los participantes propiciando respuestas falseadas.

Respecto a la captura de la base de datos se conto con la colaboración de once capturistas, las cuales fueron capacitadas en el manejo del SPSS. Cada grupo capturado fue sometido a una revisión para evitar errores de captura.

III.5 Análisis de Datos

Para el análisis estadístico de los datos se emplearon los paquetes estadísticos SPSS15, STATISTICA7 y EQS 6.0. En el análisis de las variables el nivel de significación estadística se fijo en .05

Se utilizaron los siguientes análisis de datos:

1) Análisis Univariados

En los datos descriptivos de la muestra y de las variables de estudio se utilizaron medidas de tendencia central. En la determinación de la normalidad univariante, se empleo la prueba de Kolmogorov-Smirnov con una distribución de contraste normal la cual toma como parámetros la media y la desviación típica de la muestra, asimismo se contemplo el ajuste KS Lilliefors el cual compara la función de distribución empírica muestral con la teórica de una distribución normal (parámetros estimados).

Análisis Bivariados

Para determinar el grado de relación existente entre las variables contempladas se utilizó el análisis correlacional. Se empleó la correlación producto momento de Pearson la cual realiza un análisis interválico es decir contempla medidas a nivel de escala de intervalo /razón y es la correlación que el modelo de ecuaciones estructurales contempla en su análisis.

Para cubrir el incumplimiento del supuesto de normalidad, se añadió la correlación de Spearman que hace una conversión de los datos interválicos en rangos para el cálculo de la correlación (Norman & Streiner, 1995).

2) Análisis de Diferencias

Para el análisis de diferencias de grupos independientes se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney que no exige ninguna condición previa acerca de la distribución de frecuencias de las muestras ni de su varianza, sino que se basa en un cálculo de rangos es decir que solamente analiza las propiedades nominales u ordinales de los datos. También se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis la cual es una extensión de la prueba de Mann-Whitney y que es similar al ANOVA, con la diferencia de que la prueba H no necesita confirmar los supuestos del estadístico F (normalidad, homocedasticidad). Asimismo, se utilizó el estadístico T para una muestra para analizar las diferencias de los grupos conglomerados.

3) *Análisis Multivariados*

Descriptivos

Con la finalidad de contrastar o determinar las propiedades psicométricas de las pruebas empleadas y delimitar las dimensiones o factores a contemplar se empleó el análisis factorial, que es una técnica de reducción de la dimensionalidad de los datos cuyo propósito consiste en buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos. En el

presente estudio se utilizaron el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

El AFE es una aproximación inductiva exploratoria que se usa con el propósito de generar estructuras de modelos teóricos e hipótesis que se puedan contrastar empíricamente

El procedimiento que sigue AFE supone extraer automáticamente, con criterios estadísticos, los factores, para posteriormente rotar la solución inicial para obtener la estructura factorial más simple desde el punto de vista de su interpretación más significativa, siguiendo los criterios de parsimonia de Thurstone.

Cabe aclarar que en un sentido estricto, los criterios utilizados en este procedimiento supone una aproximación débil a la definición y/o validación de un constructo. Sin embargo, es plausible la utilización del AFE con fines confirmatorios cuando se asume a priori una estructura teórica y al obtener una estructura exploratoria coincidente se confirme el modelo teórico asumido. (Pérez-Gil, Chacón & Moreno, 2000)

En la extracción de la solución factorial exploratoria se empleo el método de componentes principales en el cual los factores obtenidos son los autovectores de la matriz de correlaciones re-escalados. Se utilizo una rotación oblicua asumiendo que los factores de las escalas están relacionados.

Los criterios utilizados para determinar el número de factores fueron el de autovalores mayores a 1 y la Prueba de Catell en donde el corte en la tendencia descendente del grafico de sedimentación sirve de regla para la determinación del numero optimo de factores que deben de estar presentes en la solución (Figueras, 2000).

El AFC es una aproximación deductiva o confirmatoria que va desde la teoría hacia los hechos, ya que esta insertado en una teoría que dirige la propia definición del constructo indicando los comportamientos que pueden considerarse indicadores del constructo y en donde la contrastación de las hipótesis estructurales que pone de manifiesto la teoría determinará la validez del mismo.

La consistencia interna de los instrumentos utilizados así como de sus dimensiones se estimó con el Alpha de Cronbach.

El análisis de conglomerados que es una técnica multivariante de agrupación en función de la similitud existente entre diversos casos. Además, es una técnica que no asume ninguna distribución específica para las variables

Se utilizó el método de K medias el cual agrupa los casos basado en las distancias entre ellos mediante un proceso de asignación iterativa de centros distantes (centroides), formando los grupos al asignar cada caso al centroide más próximo. (Santos, Muñoz, Juez & Cortinas, 2003)

Explicativos

El análisis discriminante es una técnica multivariante, que usa combinaciones lineales de las variables independientes para clasificar los casos individuales en grupos previamente definidos, de manera que muestren homogeneidad dentro del grupo y heterogeneidad entre grupos, permitiendo además, identificar las variables independientes que mayor pesan en la explicación de la variable dependiente.

Para verificar la igualdad entre las matrices de covarianzas de los grupos se empleo la prueba M de Box, la cual se basa en el cálculo de los determinantes de las matrices de covarianzas de cada grupo.

En la medición del poder discriminante de las variables (Figueras, 2000) se utilizaron los estadísticos de Lambda de Wilks y la correlación canónica.

El estadístico Lambda de Wilks o U estadístico evalúa las desviaciones a la media dentro de cada grupo, entre las desviaciones a la media total sin distinguir grupos por lo que entre más pequeño sea su valor mayor será su poder discriminante

Por su parte la correlación canónica evalúa las relaciones que pueda haber entre dos grupos de variables y la validez de las mismas es decir mide el grado de asociación entre las puntuaciones discriminantes de cada uno de los objetos y el grupo concreto de pertenencia este estadístico toma valores entre 0 y 1 de tal forma que, cuanto más cerca de 1 esté su valor, mayor es la potencia de la función discriminante.

Finalmente se utilizó el Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) con la finalidad de probar un modelo explicativo de la variable desadaptativa estudiada.

El Modelo SEM es una combinación de análisis factorial confirmatorio con regresión lineal múltiple que se utiliza para someter a prueba modelos de relaciones causales postuladas teóricamente entre variables observadas y variables latentes.

Sin embargo es conveniente hacer hincapié en que esa relación causal no es del tipo llamada *necesaria* (cuando todos casos podrían ser prevenidos si la causa fuera removida) sino *probabilística* (Paneth & Susser, 2002). Por lo que la causalidad contenida en los modelos estructurales debe entenderse en el sentido de control estadístico y no en el sentido determinista de la manipulación experimental.

Es decir de lo que se trata es de obtener una estructuración causal de las relaciones teóricas como una manera de resumir el conocimiento de un fenómeno

a través de un abordaje racional lógico en su estudio, si no existe una teoría consistente y explícita poco sentido tiene analizar o interpretar ni tan siquiera una correlación.

El Modelo SEM tiene su base en el análisis correlacional ya que parte del supuesto de que toda teoría implica un conjunto de correlaciones, si esta teoría es válida debe ser posible reproducir estos patrones de correlación en datos empíricos. (Dillon & Golstein, 1984).

El Modelo SEM no es un método para descubrir causas, sino más bien es un método aplicado a modelos causales ya formulados con base en un conocimiento y consideración teórica (Quiroga, 1992).

Para el contraste del modelo estructural se contemplaron. Tres índices de bondad de ajuste absoluto:

- 1) El error medio cuadrático de aproximación a valores de la población (RMSEA) cuyo valor ideal es $\leq .5$, sin embargo se consideran favorables valores inferiores a 1
- 2) El índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI) el cual se interpreta como una proporción de varianza explicada análoga a R^2 en regresión múltiple, por lo que un GFI de 1.0 indicaría ajuste perfecto y que el modelo explica el 100% de la varianza en los datos observados. Por lo que entre más cercano a uno sea el valor mejor bondad de ajuste en este indicador. El criterio más comúnmente aceptado es de $\geq .90$.
- 3) El índice de bondad ajustado de Joreskog (AGFI) que ajusta el GFI tomando en cuenta los grados de libertad en el modelo a prueba. El criterio que se asigna regularmente a este indicador es $\geq .90$.

Asimismo se tomaron en cuenta cuatro índices de ajuste comparativo los cuales contrastan un modelo hipotetizado con el modelo de independencia que por definición tiene el peor ajuste. El modelo de independencia o modelo nulo es aquel en donde todas las correlaciones son próximas a cero, siendo el modelo saturado el otro lado del continuo (correlaciones perfectas).

Los índices de ajuste comparativo tomados en cuenta son:

- 1) El índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI) se interpreta como un porcentaje de incremento en la bondad de ajuste sobre el modelo nulo. Por lo que un valor reportado de .90 implica que el modelo hipotetizado ajusta 90% mejor que el nulo.
- 2) El índice no normado de Bentler-Bonett (NNFI) toma valores inferiores menores a cero se considera que con puntuaciones superiores a .90 se asume un adecuado ajuste.
- 3) El índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI) Toman valores entre 0 y 1. La regla práctica para el CFI es que valores de .90 o mayores son indicativos de ajuste razonable
- 4) Índice de ajuste de incremento de Bollen (IFI). Reintroduce un factor de escala para que los valores se mantengan en el rango de 0 a 1. Los valores comparativamente más altos que otros indican mejor ajuste

A continuación se presenta una tabla con los valores que reflejan un adecuado o inadecuado ajuste de cada uno de estos índices. Entre ambos se hallarían los valores aceptables (Moral, 2006a; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Muller, 2003).

Interpretación de los Índices de Ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales

Índices de ajuste	Valores	
	No adecuado	Adecuado
Chi-cuadrado del modelo (χ^2)	$p < .01$	$p \geq .05$
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	$> .099$	$\leq .05$
Índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI)	$< .85$	$\geq .95$
Índice de bondad ajustado de ajuste de Joreskog (AGFI)	$< .80$	$\geq .90$
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI)	$< .80$	$\geq .90$
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	$< .85$	$\geq .95$
Índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)	$< .85$	$\geq .95$
Índice de ajuste de Incremento o Δ de Bollen (IFI)	$< .80$	$\geq .90$

La siguiente tabla muestra la relación entre objetivos hipótesis y procedimientos estadísticos.

Objetivos	Hipótesis	Análisis Estadístico
Estudiar la confiabilidad y estructura factorial de las escalas o cuestionarios utilizados.		Análisis Factorial
Analizar si existen diferencias significativas en la conducta alimentaria de riesgo en cuanto a género, escolaridad y clasificación de las etapas de la adolescencia.		Análisis de Diferencias
Estimar grupos de valores altos y bajos de cada una de las variables	La prevalencia de conducta alimentaria de riesgo encontrada es superior al 20 % de la muestra.	Análisis de conglomerados
Analizar si existen diferencias significativas en las variables familiares, escolares, comunitarias y psicosociales entre grupos de puntuaciones altas y bajas de conducta alimentaria de riesgo.		Análisis de Diferencias
Estimar una combinación lineal de las variables predictoras que permita diferenciar al grupo de puntuaciones altas con el grupo de puntuaciones bajas de conducta alimentaria de riesgo.		Análisis Discriminante
Estimar las relaciones existentes entre la conducta alimentaria de riesgo y las variables de estudio. Así como las relaciones entre todas las variables utilizadas.	La conducta alimentaria de riesgo guarda mayor relación con las variables psicosociales que con las variables contextuales de familia escuela y comunidad. La variable que más se relaciona con la conducta alimentaria de riesgo es la Insatisfacción de Imagen Corporal.	Análisis Correlacional Análisis correlacional Análisis Discriminante
Especificar y contrastar un modelo estructural para predecir conducta alimentaria de riesgo.	Las variables psicosociales tienen un efecto explicativo directo sobre la conducta alimentaria de riesgo.	Modelamiento de Ecuaciones Estructurales
	Las variables contextuales tienen un efecto explicativo indirecto sobre la conducta alimentaria de riesgo.	Modelamiento de Ecuaciones Estructurales
	La variable apoyo de amigos es la única variable contextual que tiene un efecto directo sobre la conducta alimentaria de riesgo.	Modelamiento de Ecuaciones Estructurales
	Desde una perspectiva de campo el modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo integrara variables contextuales y personales con una trayectoria de efectos directos e indirectos	Modelamiento de Ecuaciones Estructurales

CAPITULO IV RESULTADOS

Una vez presentada la fundamentación teórica, planteados los objetivos y las hipótesis de estudio y descrito la muestra tomada, así como el procedimiento utilizado y las técnicas estadísticas a emplear en el análisis de los datos recogidos, se muestran en este capítulo los análisis estadísticos realizados sobre la información proporcionada, con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos planteados respecto a la relación de las variables contextuales y personales con la conducta alimentaria de riesgo de los adolescentes que constituyen la muestra de estudio en los tres niveles de análisis.

IV.1 Descripción Muestral

La tabla 1 presenta los datos descriptivos de la muestra utilizada constituida por 1285 sujetos de cuatro planteles educativos dos de nivel secundaria y dos de preparatoria ubicados en la zona conurbada del estado de Nuevo León, México.

La muestra presenta una media de edad de 15 años con una desviación estándar de 1.52, siendo la mínima de 12 y la máxima de 21.

En cuanto al estado civil el 97.7% de los encuestados reportan ser solteros. La distribución de cuestionarios aplicados en los planteles escolares en ambos niveles educativos guarda proporciones similares.

El porcentaje de encuestados por turno se carga con un 56.30% del turno matutino y 36.70% del turno vespertino, en cuanto a la distribución de la muestra por año escolar se observan porcentajes similares en secundaria mientras que en preparatoria la cantidad de encuestados de primer año (387) es mayor que los de segundo (263).

Del total de alumnos encuestados, el 36.1% eran adolescentes tempranos (de 12 a 14 años), 60.7% medios (de 15 a 17) y 3.2% tardíos (de 18 a 21).

Tabla 1. Análisis Descriptivo Muestral

		N	%	% valido
Genero	<i>Mujer</i>	645	50.2	50.5
	<i>Hombre</i>	632	49.2	49.5
Estado civil	<i>Soltero</i>	1223	95.2	97.7
	<i>Casado</i>	13	1.0	1.0
	<i>Unión libre</i>	16	1.2	1.3
Escolaridad	<i>Secundaria</i>	634	49.3	49.3
	<i>Preparatoria</i>	651	50.7	50.7
Escuela	<i>Sec. A</i>	305	23.7	23.73
	<i>Sec. B</i>	329	25.6	25.60
	<i>Prepa A</i>	348	27.1	27.09
	<i>Prepa B</i>	303	23.6	23.58
Turno	<i>Mañana</i>	723	56.3	56.3
	<i>Tarde</i>	472	36.7	36.7
	<i>Noche</i>	90	7.0	7.0
Año Escolar	<i>Primero Sec.</i>	207	16.1	16.1
	<i>Segundo Sec.</i>	221	17.2	17.2
	<i>Tercero Sec.</i>	207	16.1	16.1
	<i>Primero Prepa</i>	387	30.1	30.1
	<i>Segundo Prepa</i>	263	20.5	20.5
Clasificación Adolescencia	<i>Tempranos (12-14)</i>	455	35.4	36.1
	<i>Medios (15-17)</i>	765	59.5	60.7
	<i>Tardíos (18-21)</i>	40	3.1	3.2

IV. 2 Descripción de Variables

En el presente estudio se contemplaron una serie de variables las cuales se clasificaron en dos grandes categorías Contextuales y Personales. A su vez las variables contextuales se subdivieron de acuerdo al contexto interactivo: Familia, Escuela y Comunidad, mientras que, como variables personales se consideraron diversos factores psicosociales de los encuestados.

Para tal efecto se utilizaron trece escalas para evaluar cuarenta y cinco posibles factores predictores, además de incluir un reactivo que evalúa intento suicida también como posible factor predictor.

IV. 2.1 Normalidad Univariante

Se procedió a la verificación de la normalidad univariante de los datos utilizando la prueba Kolmogorov Smirnov (KS) con una distribución de contraste normal, asimismo se contempló el ajuste KS Lilliefors.

La tabla 2 Muestra que la significación de los estadísticos de la prueba K S tanto en una distribución de contraste normal como en el ajuste Lilliefors son inferiores a .05 para la mayoría de los casos, rechazándose la hipótesis nula de normalidad.

Sin embargo, en esta misma tabla se observa que tanto las pruebas de bondad de ajuste KS (Normal y Lilliefors) presentan también datos en donde las frecuencias observadas y las teóricas calculadas no difieren significativamente en las siguientes variables: Comunicación Familiar, Comunicación Familiar Padre, Apoyo Social Comunitario Autoestima Global, Dificultad para Interactuar Emocionalmente y Alexitimia.

IV. 2.2 Medidas de Tendencia Central

En la tabla 2 se presentan los valores medios, mediana y desviación estándar de las puntuaciones de los factores, así como también el rango de puntuación de cada uno con la finalidad de obtener información en relación a los estilos interactivos que prevalecen en la población estudiada en cuanto a las variables evaluadas.

Observando que en el contexto familiar las dimensiones de las dos escalas utilizadas (cuestionario de evaluación de la comunicación familiar y cuestionario de la función familiar, APGAR familiar) las medias presentan puntuaciones relativamente altas y en todas las dimensiones la mediana es muy cercana a la media por lo que podemos asumir que el 50% de los encuestados reportan una comunicación y funcionamiento familiar favorable.

Respecto a los Contextos Escolar y Comunitario se presentan tendencias similares en relación a los valores de media y mediana, solamente en la variable Conducta Violenta Escolar se muestra diferencias entre estas medidas. En cuanto a las variables Psicosociales, la tabla 2 muestra igualmente valores similares entre media y mediana. Los valores de la media y la mediana de la variable dependiente (CAR) presentan también similitud

Tabla 2. Medidas de tendencia central y normalidad univariante de las variables de estudio

	Variables	Simb.	Rango	Mín	Máx	Media	Med.	DE	K-S (Normal)		K-S (Lilliefors)	
									Est.	Sig.	Est.	Sig.
FAMILIA	Comunicación Familiar	CFM P	40-200	78	200	144.38	145.0	24.35	1.07	.197	.39	.110
	Comunicación Familiar Madre	CFM	20-100	28	100	73.46	74.0	13.37	1.59	.012	.058	.001
	Comunicación Familiar Padre	CFP	20-100	20	100	69.89	70.0	13.63	1.10	.175	.042	.055
	Apertura Comunicación Madre	ACM	12-60	0	60	44.68	46.0	11.02	2.66	.000	.087	.000
	Problemas Comunicación Madre	PCM	8-40	0	40	19.58	19.0	6.48	2.62	.000	.088	.000
	Apertura Comunicación Padre	ACP	12-60	0	60	39.97	41.0	13.39	2.28	.000	.064	.000
	Problemas Comunicación Padre	PCP	8-40	0	40	19.25	19.0	7.22	1.92	.001	.117	.000
CONTEXUALES	Apertura Comunicación Madre y Padre	ACM P	24-120	0	120	85.30	87.0	20.80	1.54	.017	.050	.008
	Prob. Comunicación Madre y Padre	PCM P	24-120	0	80	38.53	38.0	12.22	1.61	.011	.072	.000
	Funcionamiento Familiar	FF	5-15	5	15	12.30	13.0	2.43	6.09	.000	.176	.000
	Apoyo Familiar	AF	8-40	8	40	29.42	31.0	8.07	3.45	.000	.102	.000
	Ajuste Escolar	AJ	10-60	12	60	45.34	47.0	8.78	2.88	.000	.097	.000
	Problemas de Integración Escolar	PIE	5-30	5	30	12.17	11.0	6.14	4.28	.000	.144	.000
	Rendimiento Escolar	RE	3-18	3	18	12.06	12.0	3.50	3.32	.000	.105	.000
	Expectativa Académica	EXA	2-12	2	12	10.19	12.0	2.74	11.27	.000	.383	.000
	Clima Social en el Aula	CSA	30-150	57	129	92.79	92.0	9.96	2.33	.000	.067	.000
	Implicación Escolar	IME	14-70	14	70	44.43	44.0	8.29	2.16	.000	.059	.001
ESCUUELA	Apatía Escolar	APE	10-50	10	50	27.56	27.0	5.94	2.10	.000	.058	.001
	Rechazo Escolar	RCH E	6-30	6	30	20.17	20.0	4.18	2.11	.000	.065	.000
	Conducta Violenta Escolar	VIOE	13-65	13	65	19.03	15.0	8.63	8.40	.000	.272	.000
	Victimización Escolar	VICE	6-30	6	30	10.26	9.0	4.67	6.36	.000	.192	.000
	Apoyo Social Comunitario	ASC	20-80	20	80	52.48	52.0	9.83	1.61	.011	.042	.052
	Integración Comunitaria	INC	10-40	10	40	26.26	27.0	6.56	2.08	.000	.069	.000
	Aislamiento Comunitario	AIC	6-24	1	4	12.62	13.0	3.71	2.67	.000	.092	.000
	Participación Comunitaria	PAC	4-16	4	16	8.86	9.0	3.26	2.96	.000	.098	.000
	Apoyo Familia y Amigos	AFA	15-75	15	75	55.81	57.0	12.84	2.41	.000	.089	.000
	Apoyo Amigos	AA	7-35	7	35	26.28	28.0	6.63	3.73	.000	.120	.000
PERSONALES	Conducta Depresiva	CD	20-100	20	93	47.65	46.0	12.64	2.30	.000	.085	.000
	Autoestima Global	AEG	30-150	59	150	106.65	106.0	16.11	.854	.459	.033	.200
	Autoestima Académica	AEA	6-30	6	30	20.07	20.0	5.26	2.04	.000	.067	.000
	Autoestima Emocional	AEE	7-35	7	35	23.50	24.0	5.67	2.34	.000	.071	.000
	Autoestima Social	AES	5-25	5	25	19.34	20.0	4.07	3.29	.000	.096	.000
	Autoestima Familiar	AEF A	6-30	6	30	23.83	25.0	5.00	4.21	.000	.134	.000
	Autoestima Física	AEFI	6-30	6	30	19.51	19.0	5.07	2.07	.000	.071	.000
	Insatisfacción de Imagen Corporal	IIC	34-204	34	204	69.34	56.0	37.79	5.73	.000	.174	.000
	Alexitimia	ALE	20- 20	20	106	60.43	61.0	14.95	1.22	.099	.031	.200
	Dif. p/ identificar y expresar emociones	DIEE	8-48	8	48	23.89	24.0	9.07	1.49	.023	.061	.000
	Dif. para Interactuar Emocionalmente	DINE	7-42	7	42	22.10	22.0	6.86	1.28	.075	.050	.009
	Fac. p/ interactuar emocionalmente	FINE	5-30	5	30	20.27	20.0	5.18	2.35	.000	.072	.000
	Ideación Suicida	IDS	4-16	4	16	5.70	4.0	2.60	9.40	.000	.294	.000
	Intento Suicida	INS	1- 3	1	3	1.23	1.0	.55	16.74	.000	.491	.000
	Estrés	ES	0- 56	0	48	24.25	25.0	6.36	3.37	.000	.069	.000
	Conducta Alimentaria de Riesgo	CAR	10- 40	10	40	15.18	14.0	4.30	.490	.000	.125	.000
	Conducta Purgativa	CP	4- 16	4	16	4.51	4.0	1.50	16.35	.000	.484	.000
	Conducta Compensatoria Alim.	CCA	4- 16	4	16	7.34	7.0	2.85	4.77	.000	.131	.000
Atracones	AT	2- 8	2	8	3.38	3.0	1.51	8.93	.000	.259	.000	

IV. 3 Factorial y Fiabilidad de las Variables

En cumplimiento del primer objetivo del estudio se analizó la estructura de las escalas y la fiabilidad de las variables consideradas como posibles predictores de la variable dependiente (CAR).

Se realizaron análisis factoriales exploratorios para determinar la estructura factorial de las escalas con población mexicana comparando los resultados con las escalas originales y adaptaciones en otros países, asimismo se estimó la consistencia interna y la varianza explicada de las escalas y de los factores extraídos (Ver Anexo 1). Finalmente, se determinó la validez concurrente de las escalas

A continuación se presentan los resultados generales del análisis de las escalas.

IV.3.1 Variables Contextuales

IV.3.1.1 Contexto Familiar

IV.3.1.1.1 Comunicación Familiar y Subescalas (CFMP; CFM; CFP; ACMP; ACM; ACP; PCMP; PCM; PCP)

Se trabajó con la traducción al español de la Parents Adolescent Scale (PACS), (Barnes y Olson 1982) de Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001). Escala de Comunicación padres adolescentes de Barnes y Olson (1982).

Se estimaron las propiedades de la escala a través del análisis de la matriz de correlaciones la cual mostro propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin para la escala global así como para sus subescalas presentan valores mayores a .70 comunicación familiar madre/padre (MSA=.849), Comunicación Familiar madre (MSA=.930), Comunicación familiar padre (MSA=.945) asimismo, los estadísticos del test de la esfericidad de Bartlett rechazan la hipótesis nula de variables independientes

tanto para la escala global ($\chi^2_{(780)}=23725$, $p=.000$), como para la comunicación familiar madre ($\chi^2_{(190)}=8079$, $p=.000$) y comunicación familiar padre ($\chi^2_{(190)}=9972$, $p=.000$).

Se realizó un Análisis factorial exploratorio con la presente muestra, en donde se probaron las dos soluciones factoriales reportadas utilizando como método de extracción el de componentes principales con una rotación oblicua (Oblimin).

Con base en el criterio Káiser (autovalores en la extracción mayores a 1) se analizó la estructura tridimensional (Estévez, Musitu & Herrero 2005), la cual explica el 61.52% de la varianza total en la muestra de padres y el 54.10% en la muestra de madres con una fiabilidad de la escala total de .81 tanto para madres como para padres.

El primer factor de 11 reactivos coincide con las dos soluciones reportadas, al que se denominó apertura a la comunicación. La consistencia interna de la subescala con madres fue de $\alpha=.92$ y $\alpha=.94$ en padres. Las puntuaciones en el factor se definen por la suma simple de estos 11 reactivos. El reactivo 10 (cuando estoy enojado no le hablo) satura con mayor fuerza en el factor de comunicación ofensiva en la muestra de madres. En la de padres, presenta saturaciones mayores a .40 y casi equivalentes en los dos últimos factores. Por lo que el factor de comunicación ofensiva se define por la suma simple de cinco reactivos (5, 10, 12, 18 y 19) y el factor de comunicación evitativa se define por la suma simple de cuatro reactivos (4, 11, 15 y 20).

En el factor de comunicación ofensiva la consistencia interna de madres fue de $\alpha=.74$ y la de padres $\alpha=.75$; y en el factor de comunicación evitativa fue de $\alpha=.43$ para madres y $\alpha=.65$ para padres. Como el tercer factor muestra consistencia baja, se procedió a probar la solución original, en base al criterio de Cattell (punto de inflexión de la curva de sedimentación), se definió una estructura de dos

factores. La muestra de padres obtiene una varianza total explicada de 55.04% y en la de madres de 48.25%.

En ambas evaluaciones, el primer factor está definido por 12 reactivos (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16 y 17) y se puede denominar apertura a la comunicación ($\alpha=.94$ evaluación de los padres y $.91$ madres). El segundo factor está definido por 8 reactivos (4, 5, 10, 12, 15, 18, 19 y 20) denominado problemas de comunicación. ($\alpha= .74$ para madres y padres).

Esta solución coincide con la del estudio de Barnes y Olson (1984), salvo el reactivo 11 (tengo mucho cuidado con lo que digo), cuyo significado parece cambiar en la muestra mexicana (deferencia o signo de respeto hacia los padres), por lo que se deja como directo; así, el coeficiente de consistencia interna de la escala invirtiendo el reactivo 11 es $\alpha=.83$ en la evaluación de la comunicación con las madres y padres; al no invertir su puntuación, la consistencia interna sube a $\alpha=.86$ con las madres y $\alpha=.87$ con los padres.

La determinación de cada uno de los factores se obtiene mediante la suma simple de los ítems que la componen, sin embargo al pretender una estimación general del constructo comunicación familiar que implique la suma de sus dimensiones, será necesario invertir los ítems del factor problemas de comunicación (4, 5, 10, 12, 15, 18, 19 20).

En cuanto a la validez la escala de comunicación familiar presenta correlaciones positivas con funcionamiento familiar ($r= .576$; $p=.000$), ajuste escolar ($r= .391$; $p=.000$), apoyo familiar ($r= .600$; $p=.000$), autoestima general ($r= .522$; $p=.000$), autoestima familiar ($r= .589$; $p=.000$), y correlaciones negativas con las escalas de sintomatología depresiva ($r= -.418$; $p=.000$), estrés ($r= -.403$; $p=.000$), alexitimia ($r= -.374$; $p=.000$) e ideación suicida ($r= -.304$; $p=.000$).

IV.3.1.1.2 Funcionamiento Familiar (FF)

Se utilizó la adaptación española del Cuestionario de Función Familiar, APGAR Familiar; (Bellon, Delgado, Luna y Lardelli 1996) del Family APGAR de Smilkstein et al (1992). En el presente estudio solamente se vario el recorrido de las variables de 5 a 15 en lugar del rango original de 0 a 10.

En la estructura dimensional por AFE se observa que la matriz de correlaciones muestra propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 (MSA=.817) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(10)=1734$ $p=.000$) rechaza la hipótesis nula de variables independientes.

Al igual que en la escala original el AFE por componentes principales reporta una estructura unifactorial que explica el 55.14% de la varianza, con una consistencia interna de $\alpha=.79$. En relación a la validez, la escala se correlaciona según datos arrojados en el presente estudio con comunicación familiar madre/padre ($r=.576$; $p=.000$), apoyo de familia y amigos ($r=.585$; $p=.000$), sintomatología depresiva ($r=-.402$; $p=.000$) y con medidas de autoestima general ($r=.468$; $p=.000$) y familiar ($r=.581$; $p=.000$).

I

V.3.1.2 Contexto Escolar

IV.3.1.2.1 Ajuste Escolar y sub escalas (AJ; PIE; RE; EXA)

Se desarrollo una escala multidimensional breve de ajuste escolar para evaluar el grado en que el adolescente está integrado a su medio escolar, al considerar que los instrumentos hasta el momento publicados sólo contemplan el ajuste escolar como un factor dentro de un conjunto de competencias sociales o logros madurativos (Walker, & McConnell, 1995; Estévez, Musitu, & Herrero, 2005). Como propiedades psicométricas de la escala, se determinan la estructura factorial, consistencia interna, y validez concurrente.

La distribución de ninguno de los 10 ítems se ajusta a una curva normal con base en la prueba de Kolmogorov-Smirnov. No obstante, el coeficiente de la curtosis multivariada de Mardia es de 49.236 (<70) y la curtosis univariada escalada media es de .026 y ajustada de .044 ($<.05$), lo que refleja que a nivel multivariado hay una curtosis adecuada para la factorización, (Rodríguez-Ayán & Ruiz 2008). Los 10 ítems son consistentes.

La correlación con el resto de la escala varía de .374 a .552 y la correlación múltiple de cada reactivo con los 9 restantes o varianza compartida varía del 29% al 60%. Asimismo, la eliminación de ningún ítem mejora la consistencia interna de la escala. Por lo que se determina la utilización de pruebas paramétricas para todos los análisis de la escala.

En la estructura dimensional por AFE se observa que la matriz de correlaciones muestra propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 ($MSA=.792$), el valor del determinante de la matriz de correlaciones tiende a cero ($|R|=.012$) reflejando relación entre las variables; asimismo, por el test de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2(45)=5175$, $p=.000$) se rechaza la hipótesis nula de variables independientes.

Con base en el criterio de Káiser (autovalores iniciales mayores a 1), se definen 3 factores que explican el 59.59% de la varianza total. El primero está definido por 5 ítems (6, 7, 8, 9 y 10), reflejando problemas de adaptación al medio escolar; el segundo por 3 ítems (1, 2 y 5), indicando buen rendimiento escolar; y el tercero por 2 ítems (3 y 4), éstos aparecen con saturaciones negativas, reflejando intención de acudir a la universidad.

Los factores están interrelacionados, sobre todo el segundo (buen rendimiento escolar) con el tercero (expectativa académica) ($r=-.504$). Las correlaciones del primero (problemas de adaptación) con el segundo ($r=.097$) y tercero ($r=-.181$) son bajas.

Por el criterio de Cattell se define otra solución de dos factores que explican el 51.869% de la varianza total. El primer factor está conformado por 5 ítems (1, 2, 3, 4 y 5), reflejando ajuste escolar y el segundo factor también por 5 ítems (6, 7, 8, 9 y 10), reflejando un desajuste escolar. La correlación entre ambos es significativa y baja ($r=.175$).

En el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se contrastan cuatro modelos estructurales. Un modelo de tres factores que adopta dos variantes: con factores relacionados o jerarquizados a uno de orden superior; así como un modelo de dos factores, también con estas dos variantes.

El modelo que muestra mejor ajuste es el de 3 factores relacionados. En un nivel de buen ajuste aparecen 10 de los 14 índices considerados: la función de discrepancia y el parámetro de no centralidad poblacional son menores a 1 ($FD=.232$, $PNCP=.216$), el residuo estandarizado cuadrático medio es menor de .05 ($RMS\ SR =.045$), los índice gamma poblacional, de ajuste de Joreskog, comparativo de Bentler y delta de Bollen son mayores a .95 ($GPI=.959$, $GFI=.954$, $CFI=.953$ y $\Delta=.953$), los índices ajustados gamma poblacional y de Joreskog, así como el índice normado de Bentler-Bonnet son mayores a .90 ($AGPI=.929$, $AGFI=.920$, $NFI=.947$).

En un nivel de ajuste adecuado aparecen: el error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind menor a .10 ($RMS\ EA=.082$) y el índice no normado de ajuste de Bentler-Bonnet mayor a .90 ($NNFI=.934$). Aunque el cociente de la chi-cuadrada por sus grados de libertad es mayor a 3, es el valor más bajo. Este valor alto es atribuible al tamaño grande de la muestra. (Tabla 3).

Tabla 3. Índices de Ajuste por Análisis Factorial Confirmatorio

Índices de ajuste	Ajuste		Modelos			
	No adecuado	Adecuado	3F-R	2F-J	2F-R	2F-J
FD	>3	≤2	0.232	0.234	0.698	0.698
χ ² ML			274.211	277.259	826.300	826.300
p	p<.01	p≥.05	0.000	0.000	0.000	0.000
χ ² ML / gl	>3	≤2	8.569	8.664	24.303	24.303
RMS SR	>.099	≤.05	0.045	0.047	0.073	0.073
PNCP	>2	≤1	0.216	0.219	0.780	0.781
RMS EA	>.099	≤.05	0.082	0.083	0.151	0.152
GPI	<.85	≥.95	0.959	0.958	0.865	0.865
AGPI	>.80	≤.90	0.929	0.928	0.782	0.782
GFI	<.85	≥.95	0.954	0.953	0.861	0.861
AGFI	<.80	≥.90	0.920	0.919	0.775	0.775
NFI	<.80	≥.90	0.947	0.947	0.841	0.841
NNFI	<.85	≥.95	0.934	0.933	0.796	0.796
CFI	<.85	≥.95	0.953	0.952	0.846	0.846
Δ	<.85	≥.95	0.953	0.952	0.846	0.846

Modelos: 3F: Bajo Rendimiento Escolar (1, 2 y 5), Interés en asistir a la universidad (3 y 4) y Problemas de ajuste a la escuela (6, 7, 8, 9 y 10), 2F: Ajuste escolar (1, 2, 3, 4 y 5) y Problemas de ajuste a la escuela (6, 7, 8, 9 y 10). R (correlacionados) y J (jerarquizados a otro factor general de orden superior)

Índices de ajuste: FD: función de discrepancia, χ²ML: chi-cuadrada de ML, gl: grados de libertad, p: probabilidad de χ²ML, RMS SR: residuo estandarizado cuadrático medio, PNCP: parámetro de no centralidad poblacional, RMS EA: error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind, GPI: índice gamma poblacional, AGPI: índice gamma poblacional ajustado, GFI: índice de bondad de ajuste de Jöreskog, AGFI: índice ajustado de bondad de ajuste de Jöreskog, NFI: índice de ajuste normado de Bentler-Bonett, NNFI: índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett, CFI: índice de ajuste comparativo de Bentler y delta de Bollen.

La escala de 10 elementos y sus tres factores muestran consistencias internas altas, variando de .850 para el factor de expectativa académica a .780 para el factor de rendimiento escolar. La validez concurrente muestra correlaciones significativas positivas con comunicación familiar madre/padre ($r = .391$; $p = .000$) clima social en el aula ($r = .314$; $p = .000$) y correlaciones significativas y negativas con autoestima general ($r = -.485$; $p = .000$), conducta violenta en el aula ($r = -.411$; $p = .000$), victimización escolar ($r = -.371$; $p = .000$) y estrés ($r = -.373$; $p = .000$).

IV.3.1.2.2 Clima Social en el Aula y subescalas (CSA; IME; APE; RCHE)

La adaptación a población Mexicana de la escala de clima social en el aula difiere de la escala original y de la adaptación Española en que se cambio la opción de respuestas dicotómica por una escala likert con cinco opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, muchas veces), esto con el fin de transformar el factor en una variable continua.

La matriz de correlaciones muestra propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 ($MSA=.872$), el valor del determinante de la matriz de correlaciones tiende a cero ($|R|=.002$) reflejando relación entre las variables; asimismo, por el test de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(435)}=6658$, $p=.000$) se rechaza la hipótesis nula de variables independientes.

A través de AFE se probaron tres soluciones factoriales para la escala. Con base en el criterio de Káiser (autovalores iniciales mayores a 1), se define una estructura de seis factores que explica el 45.98% de la varianza, sin embargo esta estructura presenta coeficientes de consistencia interna débiles en sus dimensiones [cohesión escolar ($\alpha=.83$), repudio escolar ($\alpha=.68$), apatía en los alumnos ($\alpha=.63$), aceptación entre alumnos ($\alpha=.65$), rechazo entre alumnos ($\alpha=.58$) y trabajo colaborativo ($\alpha=.49$)].

En base a esto y tomando como referencia el criterio de Catell (Punto de inflexión de la curva de sedimentación) se forzó la solución en primer instancia a cuatro factores, que explicaron el 38.80% de varianza sin embargo, esta solución factorial siguió mostrando consistencia interna baja en sus dimensiones [factor 1 ($\alpha=.80$), factor 2 ($\alpha=.68$), factor 3 ($\alpha=.62$) y factor 4 ($\alpha=.38$)].

Finalmente como el punto de inflexión nos permitía forzar la solución también a tres factores se procedió a analizar esta estructura factorial que explica el 34.53% de varianza, concluyendo que es la que mejor propiedades psicométricas arroja. Se corrieron los análisis utilizando una rotación oblicua.

Aun y cuando se optó por una solución de tres factores al igual que la escala Española los pesos factoriales de la escala Mexicana difieren en su estructura. De tal manera que, las dimensiones estarían agrupadas por los constructos de Implicación Escolar (1,2,6,8,9,10,11,12,14,17,19,20,24,28) Apatía Escolar (3,5,13,15,18,21,23,25,27,29) y Rechazo Escolar (4,7,16,22,26,30).

La consistencia interna para las subescalas en esta solución reportan para el factor implicación escolar una consistencia optima $\alpha=.84$ mientras que las otras dimensiones están en los límites mínimos de consistencia (Apatía $\alpha=.71$ y Rechazo $\alpha=.67$).

Al considerar esta solución factorial, para la determinación de cada uno de los factores se tomarían la sumatoria simple de los ítems. Sin embargo al evaluar el constructo global de clima social en el aula se tendrían que invertir los ítems de las dimensiones de apatía y rechazo

La validez concurrente presenta correlaciones significativas y positivas con valores medios bajos con comunicación familiar madre/padre ($r=.322$; $p=.000$), ajuste escolar ($r=.314$; $p=.000$) y correlaciones significativas negativas también con valores medios bajos con autoestima general ($r= -.359$; $p=.000$), estrés ($r= -.357$; $p=.000$) y con sintomatología depresiva ($r= -.314$; $p=.000$).

IV.3.1.2.3 Conducta Disruptiva/violenta Escolar (CVE) y Victimización Escolar (VE)

Se efectuó un análisis factorial exploratorio en donde se probaron dos soluciones factoriales utilizando como método de extracción el de componentes principales con una rotación oblicua.

El análisis de la matriz de correlaciones muestra que la escala posee propiedades adecuadas para su factorización al presentar el índice Káiser-Meyer-Olkin un estadístico mayor a .70 ($MSA=.955$), el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(171)}=12462$, $p=.000$) permite rechazar la hipótesis nula de variables independientes.

La primer solución factorial resultante al estimarse por el criterio de Káiser (autovalores iniciales mayores a 1) presenta una estructura tridimensional que explica el 61.90% de varianza que podría denominarse A) conducta disruptiva/violenta que explica un 48.06% de varianza presentando una fiabilidad

de $\alpha=.90$ que integra los reactivos 1,3,5,6,7,9,10,11,13; B) victimización escolar con un 7.93% de varianza explicada y un coeficiente Alpha de Cronbach de $\alpha=.84$ que contiene los reactivos 14,15,16,17,18,19; C) conducta pre delictiva la cual explica un 5.91% de varianza y una fiabilidad de $\alpha= .85$ siendo sus reactivos el 2,4,8,12.

En una segunda solución factorial en base al criterio de Catell se extrajeron dos factores por componentes principales y rotación Oblimin que explican el 55.99% de varianza.

El primer factor llamado conducta disruptiva/violenta escolar explica el 48.06% de varianza, cuenta con una fiabilidad de $\alpha=.93$ y está compuesto por los reactivos 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13; el segundo factor con el rubro victimización escolar explica un 7.93% de varianza con una fiabilidad de $\alpha=.84$ y se integra por los mismos reactivos de la solución anterior 14,15,16,17,18,19.

Aun y cuando ambas soluciones presentan buenas propiedades psicométricas se opto por utilizar la misma estructura factorial del grupo Lisis (bifactorial) bajo el argumento de que la solución de dos factores nos permite discriminar mejor entre adolescentes que presentan la conducta disruptiva/violenta y aquellos que reportan ser victimizados.

La validez concurrente de conducta disruptiva/violenta escolar tiene una correlación alta y significativa con violencia escolar ($r=.680$; $p=.000$). También se correlaciona significativamente de forma negativa con ajuste escolar ($r= -.411$; $p=.000$) y positivamente con la sub escala problemas de integración escolar ($r= .359$; $p=.000$).

Por su parte, el factor violencia escolar presenta correlaciones significativas con valores medio bajos con ajuste escolar ($r= -.371$; $p=.000$), con problemas de

integración escolar ($r=.389$; $p=.000$) y con insatisfacción de imagen corporal ($r=.310$; $p=.000$)

IV.3.1.3 Contexto Comunitario

IV.3.1.3.1 Apoyo Social Comunitario y Subescalas (ASC; INC; AIC; PAC)

En la determinación de los factores del cuestionario de apoyo social comunitario se probaron dos soluciones factoriales mediante el método de extracción de componentes principales y rotación oblicua. La prueba de Káiser-Meyer-Olkin (.889) mostro un buen índice de adecuación de la muestra y el estadístico de esfericidad de Bartlett mostro un valor de $\chi^2_{(190)}=6930$, $p=.000$ rechazando la hipótesis nula de variables independientes

Tomando el criterio de Káiser (autovalores mayores a 1) la resultante muestra una estructura de cuatro factores que explica el 53.28% de varianza y presenta una consistencia interna general de $\alpha=.82$.

Los reactivos se agruparon en los siguientes factores: 1) integración Comunitaria (14,15,12,17,18,19) que explica la mayor proporción de varianza con 27.28% y consistencia interna de $\alpha=.85$; 2) Aislamiento comunitario (4,9,11,13,16,20) explica el 11.71% de varianza y tiene una consistencia baja de $\alpha=.65$; 3) Participación comunitaria (6,7,8,10) que reporta un 8.11% de varianza explicada y consistencia interna de $\alpha=.79$ y 4) Percepción comunitaria (1,2,3,5) con el 6.17% de varianza y fiabilidad de $\alpha=.65$.

Como la consistencia interna de los factores dos y cuatro no cubren el nivel mínimo de fiabilidad ($\alpha=.70$) se procedió a probar otra solución factorial considerando el criterio de Catel (curva de inflexión de la grafica de saturaciones), resultando una estructura de tres factores que explican el 47.11% de varianza. 1) Integración comunitaria (1,2,3,5,12,14,15,17,18,19) con un a varianza explicada de 27.28% y consistencia interna de $\alpha=.85$; 2) Aislamiento comunitario

(4,9,11,13,16,20) explicando un 11.71% de varianza, con una consistencia interna baja $\alpha=.65$ y 3) Participación comunitaria (6,7,8,10) con un 8.11% de varianza explicada y de fiabilidad de $\alpha=.79$.

Para la estimación del factor de integración comunitaria es necesario invertir el reactivo número 1, los otros dos factores se estiman mediante la suma directa de los reactivos. Sin embargo, al evaluar el constructo general de apoyo social comunitario será necesario invertir los valores de los reactivos 1,4,9,11,13,16 y 20.

La escala de apoyo social comunitario muestra correlaciones significativas y positivas de nivel medio bajo con autoestima general ($r=.378$; $p=.000$), con las dimensiones de Autoestima familiar ($r=.312$; $p=.000$) y social ($r=.308$; $p=.000$) y con la escala de apoyo de familia y amigos ($r=.326$; $p=.000$). También se relaciona en forma negativa y significativa con estrés ($r= -.269$; $p=.000$).

IV.3.1.3.2 Apoyo Familiar y de Amigos y sub escalas (AFA; AF, AA)

En el análisis de la escala de apoyo familiar y de amigos se estimó en primera instancia a partir del análisis de la matriz de correlaciones si la escala tiene propiedades adecuadas para su factorización. Los resultados muestran que el índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es adecuado ($MSA=.917$) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(105)}=11134$; $p=.000$) permite rechazar la hipótesis nula de variables independientes.

Al igual que en los análisis factoriales anteriores se utilizó el método de extracción de componentes principales con rotación oblicua. La solución factorial de autovalores en la extracción mayores a 1 (Káiser) no resulta similar a la propuesta por los autores de la escala ya que esta reporta una solución factorial tridimensional que explica el 69.66% de la varianza.

En esta solución los reactivos nueve y diez presentan saturaciones altas (.742 y .794) conformando el tercer factor que implica el apoyo de familia y amigos en las

tareas escolares el cual cuenta con una fiabilidad de $\alpha=.64$ que si bien no cubre el estadístico considerado como mínimo de fiabilidad ($\alpha=.70$) tampoco es un nivel muy bajo de consistencia interna.

Sin embargo, como el objetivo de la utilización de la presente escala es obtener una variable que discrimine entre el apoyo de familia y amigos y a la vez proporcione una estimación de ambas, se procedió a forzar la solución a dos factores tomando como criterio el punto de inflexión de la curva en la grafica de sedimentación (Criterio de Catell), obteniendo una solución bifactorial con el 62.20% de varianza explicada.

El primer factor, apoyo de familia (1,3,5,7,9,11,13,14) el cual explica el 46.85% de varianza y cuenta con una fiabilidad de $\alpha=.90$ y el segundo factor, apoyo de amigos (2,4,6,8,10,12,15) cuenta con un 15.35% de varianza explicada y un coeficiente de consistencia interna de $\alpha=.89$.

La validez concurrente de esta escala presenta correlaciones significativas positivas y de valores medio altos con autoestima general ($r=.525$; $p=.000$) y las dimensiones de autoestima familiar ($r=.542$; $p=.000$) y social ($r=.469$; $p=.000$), funcionamiento familiar ($r=.585$; $p=.000$), comunicación familiar madre/padre ($r=.530$; $p=.000$) y correlaciones negativas con valores medio altos con sintomatología depresiva ($r= -.340$; $p=.000$), estrés ($r= -.340$; $p=.000$) y alexitimia ($r= -.337$; $p=.000$).

IV. 3.2 Variables Personales

IV.3.2.1 Variables Psicosociales

IV.3.2.1.1 Sintomatología Depresiva

El análisis factorial exploratorio a través de la matriz de correlaciones muestra propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 (MSA=.928) y el test de

la esfericidad de Bartlett ($\chi^2(190)=7902$ $p=.000$) se rechaza la hipótesis nula de variables independientes.

El análisis factorial exploratorio por componentes principales y rotación Oblimin reporta una estructura unifactorial igual a la reportada por la escala original que explica el 33.47% de la varianza, con una consistencia interna de $\alpha=.87$. la validez concurrente de la escala se correlaciona significativamente con valores medios altos con alexitimia ($r= .563$; $p=.000$), dificultad para identificar y expresar emociones ($r= .611$; $p=.000$), estrés ($r=.562$; $p=.000$) también se asocia negativamente con autoestima general ($r= -.491$; $p=.000$) y familiar ($r= -.422$; $p=.000$).

IV.3.2.1.2 Autoestima y sus Dimensiones

Para la factorización de la escala AF5 de García y Musitu, 1999 se efectuó la prueba de índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin obteniendo un valor de .903, y el resultado de la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(435)=13040$ $p=.000$) para determinar que la escala tiene propiedades adecuadas para su factorización.

Utilizando el método de extracción de componentes principales con una rotación oblicua bajo el criterio de Káiser se obtuvo se obtuvo al igual que la escala original una solución factorial pentadimensional que explica el 56.30% de varianza con una consistencia interna de la escala total de $\alpha=.85$.

La primer dimensión autoestima académica (AEA) [1,6,11,16,21,26] explica un 24.51% de varianza obtuvo una fiabilidad de $\alpha=.86$, el segundo factor autoestima emocional (AEE) [3,8,13,18,22,23,28] presenta una varianza explicada de 14.08% y consistencia interna de $\alpha=.80$, la autoestima social (AES) como tercer factor [2,7,12,17,27] explica un 6.69% de varianza y reporta una fiabilidad de $\alpha=.78$, el cuarto factor autoestima familiar (AEFA) [4,9,14,19,24,29] explica el 6.31% de varianza y un Alpha de Cronbach de $\alpha=.78$, finalmente la quinta dimensión

autoestima física (AEFI) [5,10,15,20,25,30] señala un 4.71% de varianza explicada y $\alpha=.76$ de consistencia interna.

Tanto la escala global como sus dimensiones presentan correlaciones significativas positivas y negativas con valores medios altos y medios bajos con otras escalas. En cuanto a la autoestima general (AG) y la relación con sus subescalas se observa que las correlaciones más altas son con AES ($r=.723$; $p=.000$) y AEFA ($r=.723$; $p=.000$).

En relación a las dimensiones de la escala de comunicación familiar se observa como la AG en población adolescente, guarda una mayor correlación con las medidas relacionadas con la comunicación con la madre ($r=.489$; $p=.000$) que con el padre ($r=.380$; $p=.000$).

La subescala que presenta mayor relación con las escalas familiares es AEFA la cual guarda correlaciones significativas con valores medios altos con la escala global de comunicación familiar madre/padre ($r=.589$; $p=.000$) y con funcionamiento familiar ($r=.581$; $p=.000$).

La correlación positiva más fuerte de AEA es con rendimiento escolar ($r=.567$; $p=.000$). Negativamente la AG presenta las correlaciones más altas con estrés ($r=-.544$; $p=.000$) y alexitimia ($r=-.477$ $p=.000$) en cuanto a las subescalas la AEE reporta la correlación más alta con alexitimia ($r=-.400$; $p=.000$), AES con estrés ($r=-.361$; $p=.000$) AEFA con sintomatología depresiva ($r=-.422$; $p=.000$) y estrés ($r=-.401$; $p=.000$) y AEFI con estrés ($r=-.331$; $p=.000$).

IV.3.2.1.3 Insatisfacción de Imagen Corporal

En la estimación de la variable insatisfacción de imagen corporal (IIC) se empleo la adaptación española del Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper Fairburn y Taylor (1987), realizada por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, (1996) denominada Cuestionario de la Forma Corporal.

La estructura dimensional por análisis factorial exploratorio muestra en el análisis de la matriz de correlaciones propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 (MSA=.982) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(561)=31255$ $p=.000$) rechaza la hipótesis nula de variables independientes.

Al igual que en la escala original el análisis factorial exploratorio por componentes principales reporta una estructura unifactorial que es igual a la que se reporta en la escala original con un 57.35% de varianza explicada, y consistencia interna de $\alpha=.97$.

La validez concurrente de IIC reporta la correlación significativa y positiva más alta con la variable dependiente conducta alimentaria de riesgo ($r=.613$; $p=.000$) y con la subescala de conducta compensatoria alimentaria ($r=.618$; $p=.000$), asimismo se observa una correlación significativa y media baja con victimización escolar ($r=.310$; $p=.000$), y correlaciones significativas y negativas de rango medio con sintomatología depresiva ($r=-.397$; $p=.000$) y autoestima general ($r=-.322$; $p=.000$) y dificultad para identificar y expresar emociones ($r=-.381$; $p=.000$).

IV.3.2.1.4 Alexitimia y sus Dimensiones

Se probaron soluciones factoriales exploratorias para determinar las dimensiones y propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) de acuerdo al criterio fijado de extracción por componentes principales y rotación Oblimin, la prueba de Káiser-Meyer-Olkin obtuvo un valor superior de .70 (MSA=.900) reflejando un buen índice de adecuación a la muestra, asimismo se rechazó la hipótesis nula de variables independientes a través de la prueba de esfericidad de Bartlett la cual reportó un valor de $\chi^2(190)=5849$, $p=.000$.

De acuerdo al criterio de Káiser (autovalores mayores a 1) se extrajo una solución de cuatro factores relacionados que explican el 50.11% de varianza y una consistencia interna de la escala total de $\alpha=.82$. De los cuatro factores resultantes,

solo el primero reporto una consistencia interna adecuada de $\alpha=.83$ ya que los demás factores mostraron índices bajos de fiabilidad ($F2=\alpha.46$), ($F3=\alpha.67$), ($F4=\alpha.48$). Con base al criterio de Catell se forzó la solución a tres factores con un 44.46% de varianza explicada.

El primer factor llamado dificultad para identificar y expresar emociones (1,2,3,6,7,9,13,14) explica el 20.93% de varianza y cuenta con una consistencia interna de $\alpha=.84$; el segundo factor denominado dificultad para interactuar emocionalmente (8,11,12,15,16,17,20) obtuvo un 11.98% de varianza explicada y un coeficiente Alpha de Cronbach de $\alpha=.68$; el tercer y último factor llamado facilidad para interactuar emocionalmente (4,5,10,18,19) reporta 11.55% de varianza explicada y $\alpha=.68$ de fiabilidad.

La estimación de cada una de las escalas se consigue mediante la suma simple de sus reactivos. Sin embargo, la estimación global de alexitimia requerirá invertir las puntuaciones de los reactivos del factor facilidad para interactuar emocionalmente (4,5,10,18,19).

Respecto a la validez concurrente la escala de alexitimia se correlaciona significativamente de forma positiva y en un grado medio alto con la sintomatología depresiva ($r=.563$; $p=.000$) y estrés ($r=.529$; $p=.000$) y negativamente con autoestima general ($r= -.437$; $p=.000$) y la dimensión de autoestima emocional ($r= -.400$; $p=.000$).

IV.3.2.1.5 Ideación Suicida

En la estructura dimensional por análisis factorial exploratorio para la adaptación a población mexicana (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza 1993) de la escala de ideación suicida de Roberts (1980), la matriz de correlaciones nos reporta propiedades adecuadas para su factorización. El índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 ($MSA=.786$) y el test

de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(6)=1725$ $p=.000$) rechaza la hipótesis nula de variables independientes.

Al igual que en la escala original el análisis factorial exploratorio por componentes principales reporta una estructura unifactorial que explica el 64.49% de la varianza, con una consistencia interna de $\alpha=.81$.

La validez concurrente de la escala se correlaciona significativamente con valores positivos y medio altos con sintomatología depresiva ($r=.509$; $p=.000$), intento suicida ($r=.430$; $p=.000$) dificultad para identificar y expresar emociones ($r=.399$; $p=.000$) además, se correlaciona significativamente con valores negativos y medios y con medidas de autoestima general ($r=-.344$; $p=.000$) y familiar ($r=-.365$; $p=.000$).

IV.3.2.1.6 Estrés Percibido

Se analizó la estructura factorial de la adaptación mexicana de la escala de estrés percibido mediante análisis factorial exploratorio. Los resultados del índice de adecuación de la muestra Káiser-Meyer-Olkin con un valor superior a .70 ($MSA=.877$) y el de la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(91)=5381$ $p=.000$) sugieren que la escala posee propiedades adecuadas para su factorización.

Al factorizar por componentes principales bajo el criterio de Káiser (autovalores mayores a 1) el análisis factorial arroja dos factores que explican el 49.69% de la varianza con una consistencia interna de la escala $\alpha=.82$. El primer factor obtuvo un 32.32% de la Varianza explicada, mientras que el segundo reportó 17.37%. En cuanto a la consistencia interna el factor 1 obtuvo un coeficiente adecuado de $\alpha=.84$ mientras que el segundo presentó una consistencia baja de $\alpha=.68$.

Como se trata de una escala contrabalanceada (Segura & González, 2000) lo cual se puede constatar al presentarse bipolaridad en la formación de los factores (los reactivos presentan cargas positivas altas en un factor y muy bajas o negativas en

el otro) se asume una estructura unifactorial bipolar, con excepción del reactivo doce el cual a decir de Landero y González (2007) ha presentado problemas en las adaptaciones mexicanas y que en esta solución presenta saturaciones altas en ambos factores ($F1=.423$ y $F2=.428$).

La validez concurrente de la escala de estrés percibido se correlaciona significativamente y de forma positiva con valores medios altos con sintomatología depresiva ($r= .562$; $p=.000$), alexitimia ($r=.529$; $p=.000$) y negativamente con autoestima general ($r= -.544$; $p=.000$).

IV.3.3. Variable Dependiente

En relación al Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR) la validación en México (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela & Carreño-García, 2002) reporta 3 factores, aunque no lo menciona se asume que todos los ítems son positivos. En la presente investigación se presenta una estructura factorial también de tres factores, sin embargo las cargas factoriales difieren.

Se considera que la solución factorial presentada en este trabajo además de medir la conducta alimentaria de riesgo también discrimina entre la conducta de sobre ingesta o atracones (factor 3 [ítems 2y3]) y la conducta de dieta restrictiva (Factor 1 purgativa [ítems 4,8,9,10] y Factor 2 compensatoria [ítems 1,5,6,7]).

En la determinación de Conducta Alimentaria de Riesgo es factible recurrir a la sumatoria simple de los ítems ya que se considera como conducta de riesgo tanto la sobre ingesta como la restricción alimentaria, por lo que no es necesaria la conversión de ítems. Por otra parte, la estructura factorial de la presente investigación nos permite también la especificidad analítica de acuerdo a características particulares de la CAR (sobre ingesta y dieta restrictiva [Purgativa y compensatoria]) mediante la sumatoria directa en cada uno de los factores. Por lo que se establece que en los factores de nuestra solución no figuran ítems inversos.

IV.4 Análisis de Diferencias de Conducta Alimentaria de Riesgo

Para dar respuesta al segundo objetivo de investigación se realizaron análisis de comparación de grupos se utilizaron pruebas no paramétricas ya que las variables de investigación no se ajustaron a una distribución normal. Se empleó la prueba U de Mann Whitney para dos muestras independientes y la prueba H de Kruskal y Wallis para varias muestras independientes. Las variables de género, edad [adolescencia temprana (12-14 años), adolescencia media (15-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años)] y escolaridad (secundaria y preparatoria) se emplean como variables independientes (Ver tabla 4)

Tabla 4. Variables Independientes para el Análisis de Diferencias

		N	%	% valido
Clasificación Adolescencia	Tempranos (12-14)	455	35,4	36.1
	Medios (15-17)	765	59,5	60.7
	Tardíos (18-21)	40	3,1	3.2
Genero	Mujer	645	50.2	50.5
	Hombre	632	49.2	49.5
Escolaridad	Secundaria	634	49.3	49.3
	Preparatoria	651	50.7	50.7

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para analizar si existen diferencias significativas en cuanto a género en relación a la variable dependiente conducta alimentaria de riesgo. Los resultados nos muestran (Ver tabla 5) un valor de ($Z=-3.259$; $p=.001$) reportando que existen diferencias significativas de conducta alimentaria de riesgo entre hombres y mujeres.

Tabla 5. Comparación de Medias de Conducta Alimentaria de Riesgo por Género

	CAR
Mann-Whitney U	181259.50
Wilcoxon W	387020.50
Z	-3.259
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

En la comparación de las medias de conducta alimentaria de riesgo por escolaridad la prueba U de Mann Whitney ($Z = -.939$; $p = .348$) confirma la hipótesis nula de que las medias de los grupos son estadísticamente iguales, por lo que se concluye que no existen diferencias significativas de conducta alimentaria de riesgo según escolaridad (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de Medias de Conducta Alimentaria de Riesgo por Escolaridad

	CAR
Mann-Whitney U	198873.000
Wilcoxon W	397638.000
Z	-.939
Asymp. Sig. (2-tailed)	.348

Se analizaron las posibles diferencias entre conducta alimentaria de riesgo (CAR) al establecer grupos de edades según el tipo de adolescencia. Se utilizó la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis reporta un estadístico ($X^2 = .577$; $p = .749$) cuya significancia es $\geq .05$ por lo que se concluye que no existen diferencias significativas en las puntuaciones de CAR por tipos de adolescencia (Tabla 7).

Tabla 7. Diferencias de Conducta Alimentaria de Riesgo por Tipos de Adolescencia

	CAR
Chi-Square	.577
Df	2
Asymp. Sig.	.749

IV.5 Dicotomización de las Variables

A fin de mostrar un análisis más específico del que nos proporcionan las medidas de tendencia central, y cumpliendo con el tercer objetivo específico de determinar grupos con valores altos y bajos de las propiedades medidas por las variables, se empleó el análisis de conglomerados,

Con la finalidad de verificar si existen diferencias significativas entre los grupos dicotomizados por medio de la técnica multivariante de conglomerados se

sometieron a una prueba T para una muestra resultando todas con un nivel de significancia menor a .005 ($p=.000$ en todas las variables) por lo que se rechaza la hipótesis de igualdad de medias asumiendo que existen diferencias significativas entre los grupos dicotomizados para cada una de las variables. (Ver tabla 8)

Siguiendo la clasificación de las variables mencionada anteriormente se encontró que en el contexto familiar el 47.90% de los encuestados reportan puntuaciones elevadas de comunicación familiar.

Sin embargo, al analizar la comunicación familiar por separado se observa un mayor porcentaje de comunicación familiar con el Padre (91.61%) que con la Madre (52.03%).

En cuanto a las dimensiones de la escala de comunicación familiar, apertura a la comunicación y problemas de comunicación se presentan valores similares tanto para padre y madre. Asimismo, el 67.71% de los participantes reportan índices elevados de funcionamiento familiar (Tabla 8).

Pasando al contexto escolar el 63.03% de los alumnos reportan niveles altos de ajuste escolar, el 69.67% consideran que tienen un buen rendimiento escolar y el 76.76% reporto intenciones de seguir estudiando. No obstante, el 32.94% expresa problemas de integración escolar, el 43.82% apatía escolar y el 55.86% rechazo escolar.

En cuanto al clima social en el aula el 66.80% expresan que las condiciones interactivas en el salón de clases no son muy favorables, a este respecto el 17.80% reporta conducta violenta escolar y el 21.86% de los encuestados informa conductas de victimización escolar.

En el ámbito interactivo comunitario más del 60% de los adolescentes manifiestan contar con el apoyo de familia y amigos y el 48.28% considera tener apoyo social comunitario elevado.

Respecto a las dimensiones de la escala de apoyo social comunitario, los estudiantes se consideran integrados en un 62.50% y participativos en su comunidad el 42.73%, por otra parte el 38.75% de los alumnos encuestados reportan aislamiento comunitario.

En cuanto a las variables Psicosociales, en la tabla 8 se destacan los reportes de los encuestados en cuanto a los estilos interactivos emocionales encontrando que cerca del 40% reporta sintomatología depresiva, aunado a esto, el 53.40% manifiesta comportamiento alexitímico.

En las dimensiones de alexitimia que miden la dificultad para identificar y expresar emociones y la dificultad para interactuar emocionalmente se encuentran igualmente porcentajes superiores al 40%. Asimismo, el 13.95% de los estudiantes de la muestra presenta puntuaciones altas de ideación suicida y el 6.09% informa de intento suicida

Además, los niveles de autoestima general reportados por la muestra alcanzan un 47:58% con puntuaciones altas.

El análisis dimensional de autoestima revela porcentajes relacionados con los resultados emanados de otras escalas, así, los alumnos reportan niveles altos de autoestima familiar (62.27%) similares a los datos arrojados en funcionamiento familiar, igualmente, los porcentajes de puntuaciones bajas de autoestima emocional (34.30%) son equivalentes a los reportados en sintomatología depresiva (39.69%) asimismo, el porcentaje de alumnos que reporta niveles altos de autoestima académica (51.80%) se equipara al reportado en implicación escolar (53.34%). Asimismo, la muestra reporto un 61.68% de estudiantes con

niveles altos de estrés, mientras que el 28.64% dijo estar insatisfecho con su imagen corporal.

Finalmente, el análisis de conglomerados de la variable dependiente informa un 24.98% de sujetos que reportan valores altos de conducta alimentaria de riesgo, mientras que el 75.02% se encuentra en el grupo de reporta valores bajos de CAR.

El estadístico T para una muestra confirmo que los grupos están bien conformados al encontrar diferencias significativas ($t(1280) = 103.29; p = .000$) (Ver tabla 8).

Tabla 8. Dicotomización de las Variables de Estudio por Conglomerados

	Variables	Centroides iniciales		Centroides finales		Conglomerado 1		Conglomerado 2		t*
		1	2	1	2	Casos	%	Casos	%	
FAMILIA	Comunicación Familiar	5	0	4.03	3.01	615	47.90	669	52.10	109.06
	Com. Familiar Madre	5	0	4.15	3.04	667	52.03	615	47.97	106.00
	Com. Familiar Padre	5	0	3.53	1.42	1147	91.61	105	8.39	138.30
	Apert. Comunicación Madre	5	0	4.29	2.79	775	60.45	507	39.55	102.14
	Prob. Comunicación Madre	0	5	1.92	3.24	738	57.61	543	42.39	103.08
	Aper. Comunicación Padre	5	0	4.01	2.30	756	60.38	496	39.62	100.96
	Prob. Comunicación Padre	0	5	1.85	3.27	721	57.63	530	42.37	101.86
	Aper. Com. Madre y Padre	5	0	4.15	2.75	701	54.60	583	45.40	104.60
	Prob. Com. Madre y Padre	0	5	1.92	3.16	723	56.31	561	43.69	103.76
Funcionamiento Familiar	3	1	2.75	1.86	868	67.71	414	32.29	101.26	
ESCUELA	Ajuste Escolar	6	1.20	5.07	3.51	798	63.03	468	36.97	100.91
	Prob. de Integración Escolar	1	6	1.73	3.93	849	67.06	417	32.94	100.60
	Rendimiento Escolar	6	1	4.63	2.61	882	69.67	384	30.33	100.83
	Expectativa Académica	6	1	5.75	2.88	971	76.76	294	23.24	103.73
	Clima Social en el Aula	4.45	1.90	3.44	2.91	422	33.20	849	66.80	126.22
	Implicación Escolar	5	1	3.59	2.69	678	53.34	593	46.66	104.76
	Apatía Escolar	1	5	2.36	3.29	714	56.18	557	43.82	103.30
	Rechazo Escolar	1	5	2.74	3.85	561	44.14	710	55.86	111.86
	Conducta Violenta Esc.	1	5	1.22	2.81	1053	82.20	228	17.80	110.18
	Victimización Escolar	1	5	1.38	3.01	1001	78.14	280	21.86	105.49
COMUNIDAD	Apoyo Social Comunitario	4	1	3.01	2.26	618	48.28	662	51.72	108.58
	Integración Comunitaria	4	1	3.03	1.95	800	62.50	480	37.50	101.57
	Aislamiento Comunitario	4	1	2.72	1.72	496	38.75	784	61.25	118.37
	Participación Comunitaria	4	1	2.99	1.64	547	42.73	733	57.27	113.69
	Apoyo Familia y Amigos	5	1	4.26	2.80	793	61.95	487	38.05	101.68
	Apoyo Familiar	5	1	4.33	2.57	800	62.50	480	37.50	101.57
	Apoyo Amigos	5	1	4.35	2.70	807	63.04	473	36.96	101.47
PERSONALES VARIABLES PSICOSOCIALES	Sintomatología Depresiva	1	4.65	1.98	3.03	775	60.31	510	39.69	102.30
	Autoestima Global	5	1.97	3.99	3.12	609	47.58	671	52.42	109.15
	Autoestima Académica	5	1	4.02	2.61	663	51.80	617	48.20	106.07
	Autoestima Emocional	5	1	3.81	2.47	841	65.70	439	34.30	101.17
	Autoestima Social	5	1	4.44	3.05	744	58.12	536	41.88	102.84
	Autoestima Familiar	5	1	4.51	3.06	797	62.27	483	37.73	101.62
	Autoestima Física	1	5	2.47	3.85	552	43.12	728	56.88	113.28
	Insatis. Imagen Corporal	1	6	1.54	3.71	912	71.36	366	28.64	101.68
	Alexitimia	1	5.30	2.40	3.60	597	46.60	684	53.40	110.01
	Dif. Identif. expresar Emoc.	1	6	2.21	4.06	734	57.30	547	42.70	103.21
	Dif. Para Interactuar Emoc.	1	6	2.50	4.08	747	58.36	533	41.64	102.75
	Fac. p/ inter. Emoc.	1	6	2.94	4.65	452	35.31	828	64.69	123.23
	Ideación Suicida	1	4	1.21	2.82	1086	86.05	176	13.95	116.80
	Intento Suicida	1	3	1.12	3	1096	93.91	71	6.09	151.54
	Estrés	0	3.43	1.28	2.02	487	38.32	784	61.68	118.52
	CAR	1	4	1.32	2.13	961	75.02	320	24.98	103.29
Conducta Purgativa	1	4	1.06	2.59	1219	95.16	62	4.84	102.31	
Cond. Compensatoria	1	4	1.44	2.73	887	69.24	394	30.76	104.20	
Atracones	1	4	1.38	2.95	1021	79.77	259	20.23	107.03	

* todos los valores son p=.000

IV.6 Diferencias de Variables Contextuales y Personales Dicotomizando CAR

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo de la presente investigación se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes, considerando como variables dependientes los posibles factores predictores divididos en: variables familiares, variables escolares variables contextuales y variables psicosociales. Para utilizar la variable CAR como variable independiente, se utilizó la dicotomización de esta variable mediante el análisis de conglomerados.

IV.5.1 Diferencias de Variables Familiares Dicotomizando CAR

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para analizar si existen diferencias significativas en cuanto a género en relación a la variable dependiente conducta alimentaria de riesgo. Los resultados nos muestran que existen diferencias significativas entre los sujetos con valores altos y los Sujetos con valores Bajos de CAR en todas las variables familiares. (Ver tabla 9).

Tabla 9. Diferencias de Variables Familiares en Grupos de CAR Dicotomizada

CAR	FF	ACM	PCM	ACP	PCP	PCMP	ACPM	AF	CFM	CFP	CFPM
Mann-Whitney U	130680	133076	117814	122956	113321	115869	126536	127189	119180	109635	112932
Wilcoxon W	1817200	184116	577175	172097	550901	578110	177576	178229	170220	158776	163972
Z	-3.949	-3.48	-6.139	-4.260	-5.986	-6.541	-4.675	-4.47	-5.917	-6.671	-7.053
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

IV.5.2 Diferencias de Variables Escolares Dicotomizando CAR

Mediante la prueba U de Mann Whitney se analizaron si existen diferencias significativas en cuanto a variables escolares en relación a la variable dependiente conducta alimentaria de riesgo.

Los resultados reportan que existen diferencias significativas entre los sujetos con valores altos y los Sujetos con valores Bajos de CAR en todas las variables

escolares, exceptuando la variable expectativa académica (EXA) y la variable implicación escolar (IME) (Ver tabla 10).

Tabla 10. Diferencias de Variables Escolares en Grupos de CAR Dicotomizada

CAR	CVIOE	VICE	PIE	RE	EXA	AJ	IME	APE	RCHE	CSA
M. Whitney U	122254	107709	116224	125017	141524	115951	145136	126446	131195	125088
Wilcoxon W	583534	568989	567949	173845	190352	164779	194906	580074	584823	174858
Z	-5.333	-7.880	-5.741	-4.167	-1.297	-5.777	-.854	-4.179	-3.339	-4.417
Asymp.Sig.2-tail	.000	.000	.000	.000	.195	.000	.393	.000	.001	.000

IV.5.3 Diferencias de Variables Comunitarias Dicotomizando CAR

En cuanto a la determinación de diferencias de las variables comunitarias con respecto a la presencia o ausencia de CAR, la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney mostro diferencias significativas en la mayoría de las variables comunitarias con excepción de las variables participación comunitaria y apoyo de amigos en donde no se encuentran diferencias significativas de estas variables en los grupos de presencia – ausencia de CAR. (Ver tabla 11)

Tabla 11. Diferencias de Variables Comunitarias en Grupos de CAR Dicotomizado

CAR	ASC	PAC	AIC	INC	AA
Mann-Whitney U	126830.0	145947.5	129540.0	132215.0	147788.5
Wilcoxon W	177551.0	196668.5	588901.0	182936.0	198828.5
Z	-4.479	-1.125	-4.015	-3.535	-.853
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.260	.000	.000	.394

IV.5.4 Diferencias de Variables Psicosociales Dicotomizando CAR

En el análisis de diferencias de las variables psicosociales respecto a grupos que reportan CAR y grupos que no reportan CAR, la prueba U de Mann Whitney revelo que para las variables autoestima social, autoestima física y facilidad para interactuar emocionalmente no existen diferencias significativas respecto a CAR dicotomizada, mientras que para el resto de las variables psicosociales reporta que existen diferencias significativas en relación a la presencia o ausencia de conducta alimentaria de riesgo.(Ver tabla 12).

Tabla 12. Diferencias de Variables Psicosociales en Grupos de CAR Dicotomizada

CAR	CD	IIC	AG	AEA	AEE	AES	AEFA	AEFI	ALE	DIEE	DINE	FINE	IDS	INSU
M. Whit U	90969	53847	11695	13254	12041	14336	11392	14268	11316	11106	12312	15214	109372	102612
Wilcoxon	553210	51033	16799	18358	17145	19440	16496	19372	57348	57138	58344	20286	556357	492015
Z	-10.95	-17.31	-6.262	-3.531	-5.661	-1.633	-6.812	-1.749	-6.901	-7.271	-5.155	-.059	-7.416	-6.680
Sig. 2-tail	.000	.000	.000	.000	.000	.102	.000	.080	.000	.000	.000	.953	.000	.000

IV.6 Análisis Discriminante

Para cumplir con el quinto objetivo de clasificar las variables que mejor predicen la conducta alimentaria de riesgo se utilizó la técnica multivariante de análisis discriminante con la finalidad de encontrar una combinación lineal (función discriminante) de las variables predictoras que permita diferenciar al conglomerado de CAR.

Se utilizó la dicotomización de la variable dependiente Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR) producto del análisis de conglomerados de K medias obteniéndose dos grupos, uno con puntuaciones elevadas y otro con puntuaciones bajas de CAR.

El número de casos para cada conglomerado se presenta en la tabla 13.

Tabla 13. Centroides Finales de Conglomerados y Número de Alumnos por grupos

	Conglomerado	
	1	2
Conducta Alimentaria de Riesgo	1.32	2.13
Alumnos N	961	320
Alumnos %	75.02%	24.98%

IV.6.1 Pruebas de Validación de la Función Discriminante

Como se puede observar en la tabla 14, la prueba M de Box, presenta un valor de p es $\geq .05$ por lo que se rechaza la igualdad entre las matrices de covarianzas.

Tabla 14. Resultado de la prueba M de Box de Igualdad de Covarianzas

	M de Box	1532,697
	Aprox.	2,910
F	gl1	496
	gl2	359255,18 1
	Sig.	.000

La tabla 15 muestra los valores para estas pruebas en donde se observa que el estadístico Lambda es relativamente alto ($\lambda = .672$), lo cual significa que existe solapamiento entre los grupos. Sin embargo, el valor transformado de Lambda ($\chi^2(34) = 434.822$; $p = .000$) resulta significativo por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las dos variables discriminantes.

Por su parte, la correlación canónica presenta un estadístico moderadamente alto ($\eta^2 = .573$) lo cual sugiere que los datos se encuentran bien diferenciados en los dos grupos.

Tabla 15 Pruebas de Validación de la Función Discriminante

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Correlación canónica
1	.672	434.822	34	.000	.573

En resumen y considerando que la correlación canónica indica que el 57.3% de la varianza de la variable dependiente es explicada, la transformación χ^2 de Lambda rechaza la igualdad de las medias de los centroides con un nivel de significancia $\leq .05$ (.000) y el estadístico M de Box rechaza la igualdad entre las matrices de covarianzas, se puede concluir que la función discriminante es estadísticamente significativa.

La Tabla de funciones en los centroides de los grupos (tabla 16) muestra las coordenadas de la proyección del centroide de cada grupo sobre la función discriminante.

Tabla 16. Centroides de la Función Discriminante Para Cada Grupo

Grupo	Función
1. Valores Bajos CAR	-.396
2. Valores Altos CAR	1.230

Las funciones no estandarizadas canónicas discriminantes fueron evaluadas en las medias de los grupos.

IV.6.2 Matriz Discriminante

La estimación de la combinación lineal de las variables predictoras de CAR dicotomizada solicitada en el séptimo objetivo de investigación, se observa en la tabla 17 que presenta la matriz de estructura con las variables ordenadas por su grado de correlación canónica con la función discriminante.

Se tomo el criterio de enlistar solo las correlaciones mayores a .200. Los resultados nos muestran como las variables psicosociales de insatisfacción de imagen corporal, sintomatología depresiva, dificultad para identificar y expresar emociones, ideación suicida e intento suicida muestran saturaciones elevadas relacionadas con el grupo de valores altos de conducta alimentaria de riesgo suponiendo una relación directa y causal de estos predictores.

La alexitimia y comunicación familiar de padre y madre aunque presenta una función canónica elevada no son considerados en la función discriminante por presentar colinealidad, estrés y victimización escolar también presentan correlaciones dentro del rango $>.200$.

Por su parte, las correlaciones canónicas de las variables relacionadas al grupo de valores bajos de CAR se asocian con las variables psicosociales de autoestima familiar y emocional.

Cabe mencionar que la autoestima general a pesar de tener una correlación dentro del rango $>.200$ es excluida del análisis por presentar colinealidad, con

menor correlación encontramos las variables contextuales relacionadas con la comunicación con la madre, funcionamiento familiar y la variable ajuste escolar, por lo que se supone que estas guardan una relación indirecta con la conducta alimentaria de riesgo.

Tabla 17. Matriz de Estructura del Análisis Discriminante de CAR

Factores Predictores	Función Canónica
Insatisfacción de Imagen Corporal (IIC)	.902
Sintomatología Depresiva (SD)	.465
Dificultad para Identificar y Expresar Emociones (DIEE)	.333
Ideación Suicida (IDS)	.317
Intento Suicida (INSU)	.301
Alexitimia (ALE) (a)	.289
Autoestima Familiar (AEFA)	-.281
Comunicación Familiar Madre y Padre (CFMP) (a)	-.276
Estrés (ES)	.274
Victimización Escolar (VE)	.274
Autoestima Global (AEG) (a)	-.266
Comunicación Familiar Padre (CFP) (a)	-.228
Problemas de Comunicación Madre y Padre (PCMP) (a)	.226
Comunicación Familiar Madre (CFM)	-.225
Problemas de Comunicación Madre (PCM)	.218
Ajuste Escolar (AJ)	-.211
Apoyo Familiar (AF)	-.209
Apertura a la Comunicación Madre y Padre (ACMP)	-.208
Autoestima Emocional (AEE)	-.205
Problemas de Integración Escolar (PIE)	.201
Apertura a la Comunicación Padre (ACP)	-.195
Funcionamiento Familiar (FF)	-.190

a This variable not used in the analysis.

IV.7 Análisis Correlacional

Atendiendo al sexto objetivo específico del presente estudio se procedió a analizar las relaciones existentes entre la variable dependiente y los posibles factores predictores, así como las relaciones entre todas las variables utilizadas en la conformación del modelo explicativo.

Aun y cuando la mayoría de las variables no presentan una distribución normal univariada según resultados reportados con anterioridad, se ha optado utilizar la correlación producto momento de Pearson ya que esta correlación representa la base de los modelos de ecuaciones estructurales. Sin embargo con la finalidad de

cumplir con el criterio de normalidad Gaussiana se realizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman la cual puede consultarse en anexos.

Los resultados de las pruebas paramétricas y no paramétricas de la variable dependiente con las diversas variables independientes reportan niveles de significancia y de dirección similares solo que los valores son menores en la correlación no paramétrica. (Ver Anexo 2).

El análisis de correlación entre la variable dependiente (CAR) y las posibles variables predictoras, muestran correlaciones significativas con los factores generales de las trece escalas utilizadas. Igualmente, se observan correlaciones significativas en las dimensiones de las escalas exceptuando las subescalas de implicación escolar, apoyo de amigos, autoestima social y facilidad para interactuar emocionalmente.

El análisis correlacional muestra como la conducta alimentaria de riesgo guarda una mayor correlación con las variables psicosociales de insatisfacción de imagen corporal ($r=.613$; $p=.000$), sintomatología depresiva ($r=.369$; $p=.000$), dificultad para identificar y expresar emociones ($r=.272$; $p=.000$), ideación suicida ($r=.259$; $p=.000$), intento suicida ($r=.253$; $p=.000$), estrés ($r=.221$; $p=.000$) y autoestima general ($r= -.217$; $p=.000$).

En relación a la estructura pentadimensional de la autoestima, se observa una relación mayor con la autoestima familiar ($r= -.227$; $p=.000$) y emocional ($r= -.173$; $p=.000$) que con la autoestima física ($r= -.110$; $p=.000$) y social ($r= -.041$; $p=.139$) inclusive esta última no guarda una relación significativa como se señala anteriormente.

Asimismo, se aprecia como las correlaciones de CAR aunque siguen siendo significativas son más débiles para el contexto escolar y familiar: victimización escolar ($r=.255$; $p=.000$), ajuste escolar ($r= -.199$; $p=.000$) Problemas de Integración Escolar ($r=.199$; $p=.000$), clima social en el aula ($r=.151$; $p=.000$),

problemas de comunicación madre/padre ($r=.209$; $p=.000$) comunicación familiar madre/padre ($r= -.199$; $p=.000$), funcionamiento familiar ($r= -.160$; $p=.000$).

Finalmente la relación de CAR con las variables del contexto comunitario siguen siendo significativas pero aun más débiles que las anteriores: apoyo social comunitario ($r= -.134$; $p= .000$), apoyo familia y amigos ($r= -.106$; $p=.000$).

En relación a las variables contextuales se aprecia que las variables familiares de comunicación familiar madre/padre (CFMP) y funcionamiento familiar (FF) guardan una correlación alta y significativa entre ambas ($r=.576$; $p=.000$). CFMP muestra correlaciones significativas también con ajuste escolar ($r=.391$; $p=.000$) clima social en el aula ($r=.322$; $p=.000$), apoyo de familia y amigos ($r=.530$; $p=.000$) y con las variables psicosociales de sintomatología depresiva ($r=.418$; $p=.000$), Autoestima General ($r=.522$; $p=.000$), alexitimia ($r= -.374$; $p=.000$), ideación suicida ($r= -.304$; $p=.000$) y estrés ($r= -.403$; $p=.000$).

Por su parte, FF se correlaciona significativamente también con las variables escolares de ajuste escolar ($r=.265$; $p=.000$) clima social en el aula ($r=.231$; $p=.000$) aunque como se observa los estadísticos son más débiles. Asimismo, la correlación con la variable comunitaria de apoyo de familia y amigos es significativa y alta ($r=.585$; $p=.000$).

Finalmente, se observa que las relaciones entre FF y las variable psicosociales son altas y significativas con autoestima familiar ($r=.581$; $p=.000$), autoestima general ($r=.468$; $p=.000$) y sintomatología depresiva ($r= -.402$; $p=.000$) y significativas con estimaciones medias con estrés ($r= -.334$; $p=.000$), ideación suicida ($r= -.315$; $p=.000$) y alexitimia ($r= .291$; $p=.000$).

En el contexto escolar los resultados muestran que la correlación significativa más alta de la variable ajuste escolar (AJ) con el grupo de variables familiares es con comunicación familiar madre/padre ($r=.391$; $p=.000$) y con la subescala de

Comunicación familiar con la madre ($r=.390$; $p=.000$), asimismo presenta una correlación negativa alta y significativa con la variable problemas de comunicación madre/padre ($r= -.334$; $p=.000$).

En cuanto a su relación con otras variables escolares se observa una correlación significativa, alta y negativa con conducta violenta escolar ($r= -.411$; $p=.000$) y con victimización escolar ($r= -.371$; $p=.000$).

La relación de AJ con las variables psicosociales muestra correlaciones significativas y altas con autoestima general ($r=.485$; $p=.000$) y autoestima familiar ($r=.424$; $p=.000$) y autoestima académica ($r=.395$; $p=.000$) observándose como se presenta una mayor correlación del ajuste escolar con la autoestima familiar que con la académica. AJ reporta también relaciones significativas, negativas y altas con las variables de estrés ($r=-.373$; $p=.000$) sintomatología depresiva ($r= -.328$; $p=.000$) y alexitimia ($r=-.317$; $p=.000$).

La variable escolar de conducta violenta en el aula (CVA) se relaciona significativamente con una correlación alta y positiva con la victimización escolar (VE) ($r=.680$; $p=.000$). CVA se relaciona negativamente con la variable de ajuste escolar como mencionamos anteriormente, asimismo, se correlaciona significativamente de una manera positiva y alta con la variable problemas de integración escolar ($r=.359$; $p=.000$), reportando también una relación significativa con dos variables de comunicación con la madre una negativa con comunicación familiar madre ($r= -.293$; $p=.000$) y otra positiva con problemas de comunicación madre ($r=.298$; $p=.000$).

Las correlaciones en general de CVA con las variables psicosociales son en su mayoría significativas pero débiles. En cuanto a VE se destaca correlación significativa y alta con problemas de integración escolar ($r=.389$; $p=.000$) y con las variables psicosociales de insatisfacción de imagen corporal ($r=.310$; $p=.000$), sintomatología depresiva ($r=.270$; $p=.000$) y alexitimia ($r=.262$; $p=.000$).

Las relaciones del contexto comunitario de la variable apoyo social comunitario (ASC) tiene correlaciones significativas positivas más altas con la variable psicosocial de autoestima general ($r=.378$; $p=.000$) y sus dimensiones: familiar ($r=.312$; $p=.000$), social ($r=.308$; $p=.000$), también presenta una correlación significativa y mediana con la variable comunitaria de apoyo de familia y amigos ($r=.326$; $p=.000$), la variable escolar de implicación escolar ($r=.293$; $p=.000$) y las variables familiares de comunicación familiar madre/padre ($r=.291$; $p=.000$) y funcionamiento familiar ($r=.281$; $p=.000$)

Dentro de las variables psicosociales se observa que la conducta depresiva (CD) es la variable con los estadísticos de correlación significativa más altos.

Esta variable tiene correlaciones por arriba de .500 con las variables psicosociales de dificultad para identificar y expresar emociones ($r=.611$; $p=.000$), alexitimia ($r=.563$; $p=.000$), estrés ($r=.562$; $p=.000$), ideación suicida ($r=.509$; $p=.000$).

Asimismo, se presentan correlaciones superiores a .400, con variables personales y del contexto familiar como autoestima general ($r=-.491$; $p=.000$), autoestima familiar ($r=-.422$; $p=.000$), comunicación familiar madre/padre ($r=-.418$; $p=.000$) y funcionamiento familiar ($r=-.402$; $p=.000$) y superiores a .350 con insatisfacción de imagen corporal ($r=.397$; $p=.000$), apoyo familiar ($r=-.388$; $p=.000$), conducta alimentaria de riesgo ($r=.369$; $p=.000$), comunicación familiar con la madre ($r=-.376$; $p=.000$) intento suicida ($r=.359$; $p=.000$) y dificultad para interactuar emocionalmente ($r=.351$; $p=.000$).

En cuanto a las relaciones de CD con el contexto escolar y comunitario estas siguen siendo significativas y reportan las más altas con ajuste escolar ($r=-.328$; $p=.000$), clima social en el aula ($r=-.314$; $p=.000$) y apoyo de familia y amigos ($r=-.340$; $p=.000$).

La variable de autoestima general (AG) guarda correlaciones negativas relativamente altas y significativas con las variables psicosociales de estrés ($r=-.544$; $p=.000$), sintomatología depresiva ($r=-.491$; $p=.000$) y alexitimia ($r=-.477$; $p=.000$).

En relación al contexto familiar AG se correlaciona positiva y significativamente con comunicación familiar madre/padre ($r=.522$; $p=.000$) respecto a las subescalas de comunicación familiar se observa una mayor correlación de AG con las variables relacionadas con la madre, comunicación familiar madre ($r=.489$; $p=.000$) y apertura a la comunicación madre ($r=.455$; $p=.000$) que con las reportadas con el padre, también se observa una correlación significativa y positiva con funcionamiento familiar ($r=.468$; $p=.000$). En el contexto escolar la mayor correlación significativa fue con ajuste escolar ($r=.485$; $p=.000$).

La variable de insatisfacción de imagen corporal (IIC) reporta una correlación significativa y alta con la variable dependiente conducta alimentaria de riesgo ($r=.613$; $p=.000$) y con la variable conductas compensatorias alimentarias ($r=.618$; $p=.000$) en relación con la autoestima general se observa una correlación negativa, media y significativa ($r= -.322$; $p=.000$) en cuanto a las dimensiones de autoestima, se distingue una relación mayor con la autoestima emocional ($r= -.314$; $p=.000$) y familiar ($r= -.280$; $p=.000$) que con la autoestima física ($r= -.197$; $p=.000$) y social ($r= -.113$; $p=.000$).

Otras variables psicosociales con las que IIC reporta estadísticos superiores a .300 son sintomatología depresiva ($r=.397$; $p=.000$), dificultad para identificar y expresar emociones ($r=.373$; $p=.000$), estrés ($r=.331$; $p=.000$), alexitimia ($r=.325$; $p=.000$) ideación suicida ($r=.314$; $p=.000$).

Respecto a la relación de IIC con las variables contextuales estas siguen siendo significativas pero son más débiles ya que todas las correlaciones son inferiores a

.250 con excepción de la correlación con la variable victimización escolar ($r=.310$; $p=.000$) Ver Tabla 4.

En cuanto a la variable alexitimia (ALE) las correlaciones significativas más elevadas se obtuvieron con las variables psicosociales de sintomatología depresiva ($r=.563$; $p=.000$), estrés ($r=.529$; $p=.000$) y autoestima general ($r= -.477$; $p=.000$), en cuanto a la clasificación pentadimensional de autoestima se observa una mayor correlación con la autoestima emocional ($r= -.400$; $p=.000$) y una relación similar entre ALE y la autoestima social ($r= -.327$; $p=.000$) y familiar ($r= -.321$; $p=.000$). Otras correlaciones significativas con variables personales que muestran estadísticos medios son ideación suicida ($r=.380$; $p=.000$) e insatisfacción de imagen corporal ($r=.325$; $p=.000$).

La relación encontrada entre ALE y las variables contextuales de familia escuela y comunidad son todas significativas exceptuando la relación con la variable participación comunitaria. Los estadísticos de correlación más altos de ALE y las variables contextuales se centraron en comunicación familiar madre/padre ($r= -.374$; $p=.000$), ajuste escolar ($r= -.317$; $p=.000$) y funcionamiento familiar ($r= -.291$; $p=.000$).

Las relaciones significativas con estadísticos correlacionales más altos entre la variable ideación suicida (IDS) y el grupo de variables empleadas en el estudio, se centro en las variables psicosociales de sintomatología depresiva ($r=.509$; $p=.000$), intento suicida ($r=.430$; $p=.000$), dificultad para identificar y expresar emociones ($r=.399$; $p=.000$), alexitimia ($r=.380$; $p=.000$) y estrés ($r=.375$; $p=.000$). En relación a la autoestima y sus dimensiones se encontró una mayor correlación de IDS con la autoestima familiar ($r= -.365$; $p=.000$) que con la autoestima general ($r= -.344$; $p=.000$)

Finalmente, se encontró que el grupo de variables que reporta mayores correlaciones significativas con el estrés (ES) es el de variables psicosociales, el estadístico de correlación más alto lo presenta la variable sintomatología

depresiva ($r=.562$; $p=.000$) seguido de autoestima general ($r= -.544$; $p=.000$), alexitimia ($r=.529$; $p=.000$) y su dimensión dificultad para identificar y expresar emociones ($r=.488$; $p=.000$).

En relación a las dimensiones de autoestima se observa que la mayor correlación es con autoestima familiar ($r= -.401$; $p=.000$). Las correlaciones de ES con las variables contextuales de familia, escuela y comunidad se mantienen significativas y con valores medios para comunicación familiar madre/padre ($r= -.403$; $p=.000$), Ajuste escolar ($r= -.373$; $p=.000$), clima social en el aula ($r= -.357$; $p=.000$) y funcionamiento familiar ($r=-.334$; $p=.000$).

IV.8 Modelo Explicativo de Conducta Alimentaria de Riesgo

En este apartado se da respuesta tanto al objetivo general de la investigación así como al séptimo objetivo específico. En base a los antecedentes recabados y a los planteamientos teóricos y metateóricos planteados se especifico un modelo explicativo de efectos directos e indirectos para predecir conducta alimentaria de riesgo que integrara variables contextuales y personales (Figura 1)

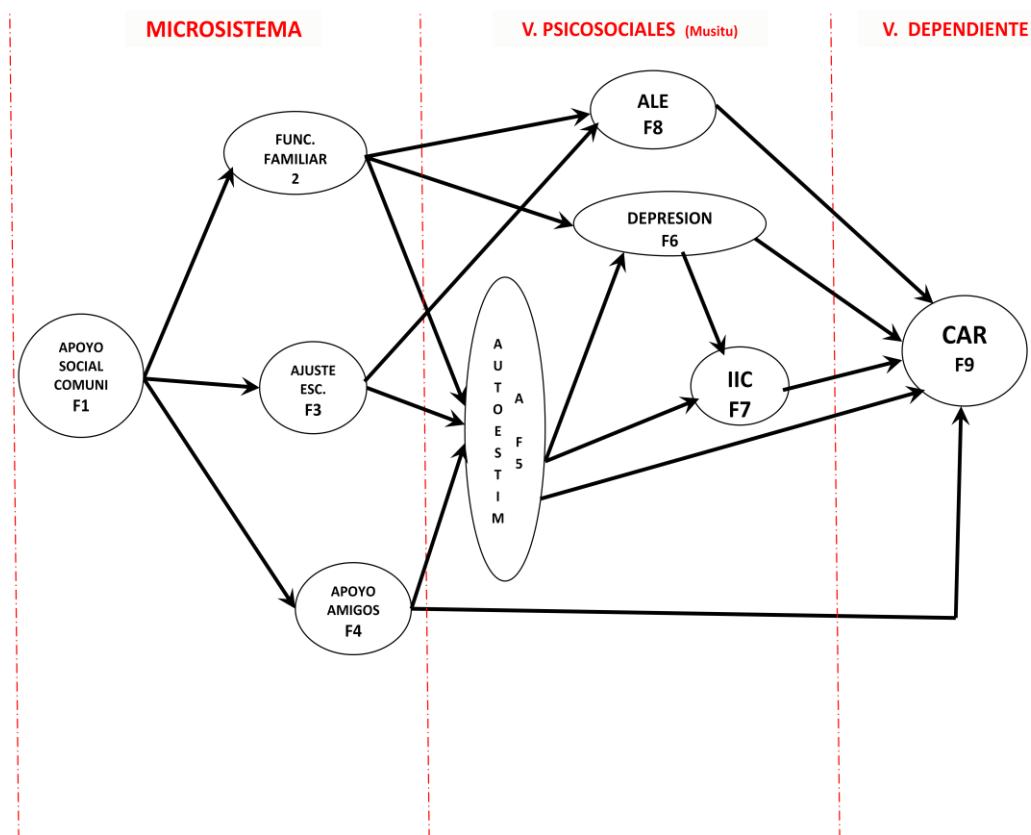


Figura 1. Especificación del Modelo Explicativo de CAR de nueve variables latentes

Se contrasto el modelo explicativo previamente especificado con el programa de ecuaciones estructurales EQS 6.0. (Bentler, 1995) para analizar la influencia directa e indirecta de factores contextuales y personales ejercida en la conducta

alimentaria de riesgo del adolescente escolarizado. Las relaciones entre todas las variables consideradas en la investigación pueden consultarse en el punto anterior. En donde los resultados indican que las variables consideradas en la ecuación se correlacionan significativamente con la variable dependiente. Del mismo modo, en la matriz de estructura del análisis discriminante de la conducta alimentaria de riesgo se pueden observar las correlaciones canónicas de los factores considerados en el modelo.

Se procedió a evaluar un modelo teórico de nueve variables latentes, que fueron seleccionadas de acuerdo a su pertinencia teórica y empírica

El modelo presenta una desviación de la normalidad univariada, por lo que se utilizaron estimadores robustos (máxima verosimilitud) para determinar la bondad de ajuste del modelo y la significación estadística de los coeficientes. Asimismo se procedió a analizar si el modelo inicial cubre los requisitos señalados por Rodríguez-Ayan y Ruiz, (2008); 1) muestra con un tamaño moderado 2) Modelo especificado correctamente y 3) coeficiente de Mardia ≤ 70 . Cubriendo solo los primeros dos puntos ya que el modelo obtuvo un coeficiente de Mardia de 110.50. Asimismo el modelo ajustado a los datos no proporciono niveles adecuados de ajuste para los indicadores prácticos de bondad de ajuste GFI= .799; CFI= .784; Δ = .785; NFI= .756; NNFI= .754; AGFI= .757. El error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind es mayor a .05 (RMSEA=.086). Un análisis específico de los de los resultados del contraste empírico del modelo se puede consultar en anexos. (Ver Anexo tres)

Se especifico un segundo modelo (figura 2) en el cual se incluyeron ocho variables latentes eliminando la variable alexitimia. Los factores incluidos en el modelo son: apoyo social comunitario, ajuste escolar, apoyo de amigos, funcionamiento familiar, autoestima, sintomatología depresiva, insatisfacción de imagen corporal y como variable dependiente conducta alimentaria de riesgo. Se aplico el criterio de emplear como indicadores empíricos las puntuaciones de

las subescalas producto de los análisis factoriales y una partición de las variables unifactoriales.

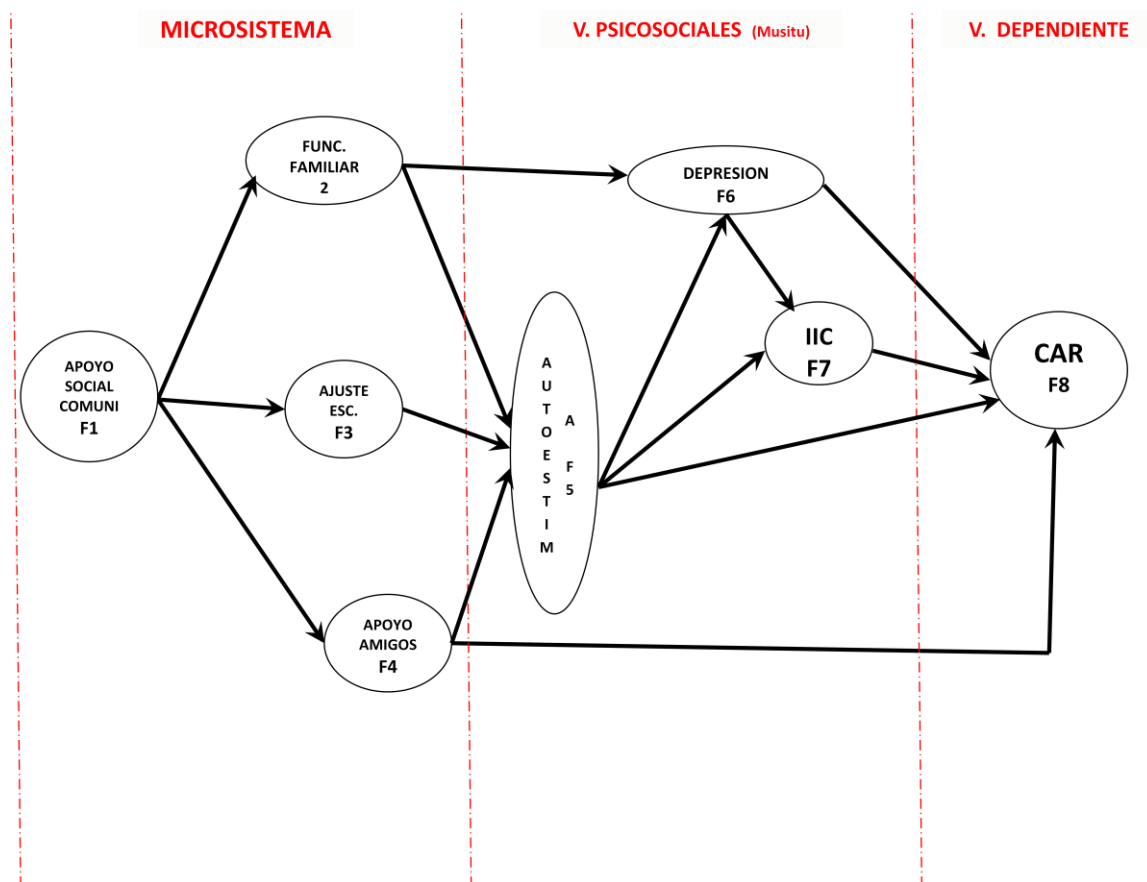


Figura 2. Especificación del Modelo Explicativo de CAR de ocho variables latentes

Los resultados obtenidos de este modelo de ocho variables latentes con subescalas integras y particiones de tres factores obtuvo un coeficiente de Mardia elevado que no alcanza la especificación requerida $\geq .70$ (98.7263). Por parte los indicadores prácticos tampoco alcanzaron los niveles adecuados GFI= .839; CFI= .829; Δ = .830; NFI= .804; NNFI= .803; AGFI= .802. El error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind es mayor a .05 (RMSEA=.081). Se presentan datos complementarios del análisis en la sección de anexos. (Ver Anexo Cuatro)

Se presento un tercer modelo ajustado en donde se realizaron modificaciones en la conformación de los factores de las escalas de ajuste escolar y autoestima. El modelo propuesto presenta un buen ajuste a los datos en siete de los ocho índices de ajuste considerados: los indicadores prácticos de bondad de ajuste de Joreskog, comparativo de Bentler, delta de Bollen así como el índice normado de Bentler-Bonnet y el índice no normado de ajuste de Bentler-Bonnet (GFI=.916, CFI=.926 y Δ =.927, NFI=.902, NNFI=.915), son mayores a .90. En un nivel de ajuste adecuado aparecen: el índice ajustado de Joreskog, (AGFI=.894) el error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind ligeramente mayor a .05 (RMSEA=.056). El valor de chi-cuadrada (χ^2 (238)= 884.079; p =.000) resulto no ser significativa, cabe mencionar que el valor de χ^2 es atribuible al tamaño grande de la muestra. (Ver tabla 18).

Tabla 18. Bondad de Ajuste del Modelo Explicativo de Conducta Alimentaria de Riesgo

Índices de ajuste	Valores		Modelo Explicativo
	No Adecuado	Adecuado	
Chi-cuadrado del modelo (χ^2)	$p < .01$	$p \geq .05$	.000
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	$> .099$	$\leq .05$	.056
Índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI)	$< .85$	$\geq .95$	.916
Índice de bondad ajustado de Joreskog (AGFI)	$< .80$	$\geq .90$	.894
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI)	$< .80$	$\geq .90$	.902
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	$< .85$	$\geq .95$	.915
Índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)	$< .85$	$\geq .95$	.926
Índice de Ajuste de Incremento o Δ de Bollen (IFI)	$< .80$	$\geq .90$	.927

En la figura 3 se especifica el modelo estructural el cual cuenta con un 69.70% de la varianza explicada de conducta alimentaria de riesgo. En relación a la formación de las variables latentes se determina que los factores utilizados en la ecuación se forman coherentemente al constatar que los pesos factoriales de las variables observadas de cada factor son superiores a .200.

Los resultados confirman una influencia indirecta de las variables contextuales de familia, escuela y comunidad. Asimismo las variables psicosociales muestran efectos directos con la variable dependiente En cuanto a las relaciones entre las

variable encontramos que, la variable exógena Apoyo Social Comunitario (ASC) no tiene un efecto directo con la Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR), pero si efectos indirectos significativos el primero de ellos se da a través de su influencia directa y positiva con el Funcionamiento Familiar (FF) ($\beta=.41$), que también reporta un doble efecto indirecto significativo sobre la VD pues guarda una relación directa y positiva con la Autoestima ($\beta=.22$) que a su vez incide directa, negativa y significativamente con conducta depresiva ($\beta= -.20$) y con la VD ($\beta= -.11$).

El otro efecto indirecto significativo de FF se observa a través un efecto directo y negativo con conducta depresiva ($\beta=-.34$) la cual a su vez presenta efectos significativos y positivos directos ($\beta=.14$) e indirectos con CAR.

El efecto indirecto de la conducta depresiva se da a través de su relación directa y positiva con la Insatisfacción de Imagen Corporal (IIC) ($\beta=.44$) que a su vez es la variable psicosocial que mejor predice la variable dependiente ($\beta=.77$).

En otras palabras esta trayectoria de efectos directos e indirectos sobre la conducta alimentaria de riesgo que involucra la variable comunitaria, la familiar y las variables psicosociales de conducta depresiva, autoestima e insatisfacción de imagen corporal, indica que cuando los individuos reportan una adecuada integración comunitaria esto se relaciona con niveles positivos de funcionamiento familiar.

Por su parte, observamos como el FF juega un doble papel (riesgo y protección) ya que niveles negativos de FF repercuten en el desarrollo de conducta depresiva la cual influida por una pobre autoestima propicia en los adolescentes una insatisfacción en su imagen corporal.

Esta combinación de conducta depresiva e insatisfacción de imagen corporal en los adolescentes son factores de riesgo que tienen una incidencia directa con la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo, un adecuado funcionamiento familiar propicia las condiciones para que el adolescente desarrolle una elevada autoestima que además de ser un factor protector de la conducta depresiva, se instaure como factor protector de la conducta alimentaria de riesgo.

En otro análisis de trayectoria de efectos indirectos y directos que implica la interacción de los tres niveles reportados en el marco teórico parte con el segundo efecto indirecto significativo de ASC con CAR mediante la relación directa y positiva con el Ajuste Escolar ($\beta=.71$) el cual a su vez también reporta una relación indirecta significativa con CAR a través del efecto positivo y directo con la autoestima ($\beta=.61$) y las relaciones significativas indirectas y directas de Autoestima que ya han sido señaladas con anterioridad.

En un sentido práctico, el modelo ajustado a los datos muestra que los adolescentes que reportan una aceptable relación comunitaria tendrán más probabilidades de obtener un ajuste escolar satisfactorio. Asimismo un ajuste escolar positivo servirá como factor protector indirecto de CAR ya que la condición de ajuste propiciara que los jóvenes desarrollen niveles óptimos de autoestima, la cual como mencionamos antes es un factor protector de conducta alimentaria de riesgo.

La tercera trayectoria muestra el efecto indirecto significativo de la variable ASC con CAR a través de la influencia directa y positiva de ASC con el apoyo de amigos ($\beta=.41$) que guarda también un efecto indirecto con la variable dependiente al incidir directamente de forma positiva y significativa en la autoestima ($\beta=.22$) misma que tiene un efecto directo negativo con la conducta alimentaria de riesgo.

Respecto al análisis de trayectoria de la variable apoyo de amigos, el modelo especificado señala una efecto directo sobre la conducta alimentaria de riesgo. El modelo ajustado a los datos reporta que este parámetro no es significativo ($p=.093$). Asimismo, el modelo hipotético señala también un efecto directo entre Autoestima y la insatisfacción de imagen corporal, el cual tampoco es significativo ($p=-.716$).

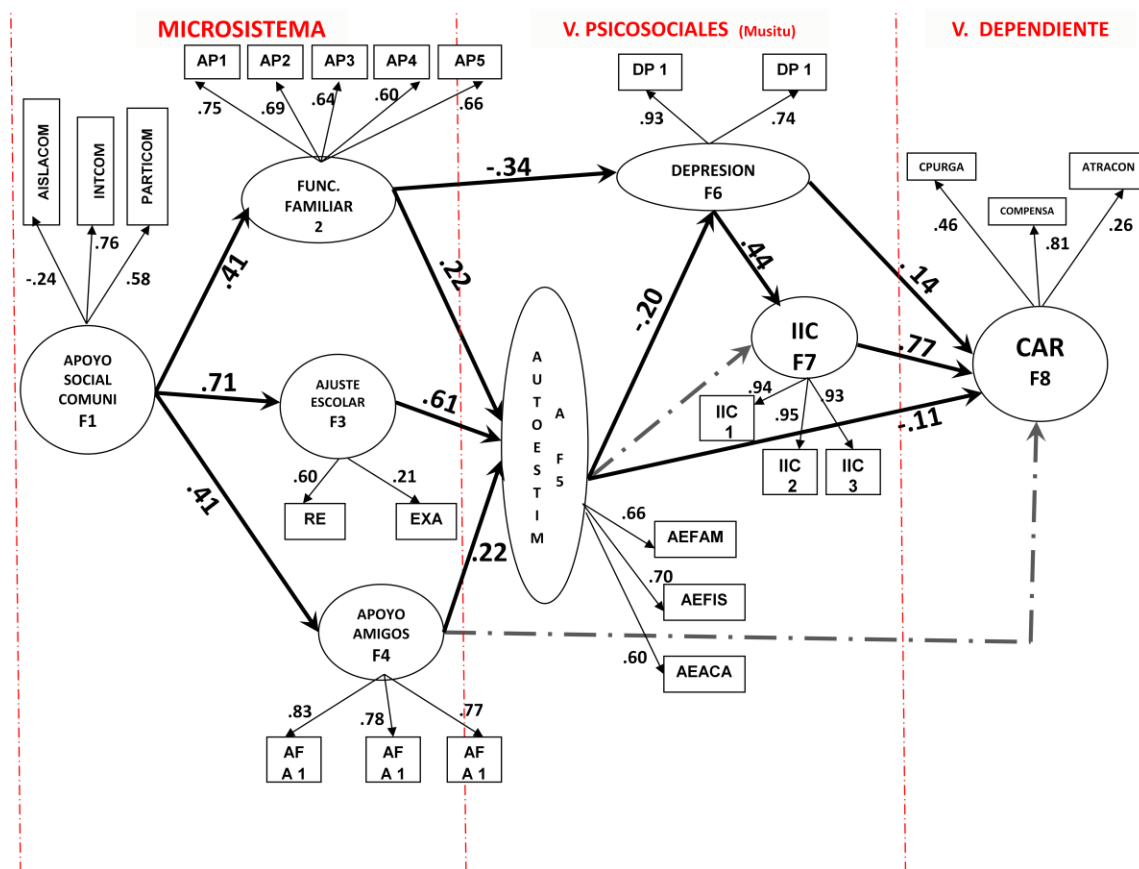


Figura 3. Modelo estructural ajustado. Influencia de Factores Contextuales y Personales en la Conducta Alimentaria de Riesgo de Adolescentes Escolarizados.

Con la finalidad de analizar si se obtiene un mejor ajuste al eliminar los efectos de los parámetros no significativos, se contrastó un modelo eliminando el efecto de apoyo de amigos sobre la variable dependiente y el efecto de autoestima sobre insatisfacción de imagen corporal.

El resultado de este análisis no reporta diferencias en los indicadores de ajuste entre el modelo con los parámetros no significativos y el modelo en donde se fijaron a cero dichos parámetros (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Comparación bondad de ajuste de modelo con y sin parámetros no significativos

Índices de ajuste	Valores		Modelo Explicativo Final	
	No Adecuado	Adecuado	Con parámetros no significativos	Sin parámetros no significativos
(χ^2)	$p < .01$	$p \geq .05$	.000	.000
(RMSEA)	$> .099$	$\leq .05$	.056	.056
(GFI)	$< .85$	$\geq .95$	.916	.916
(AGFI)	$< .80$	$\geq .90$	.894	.892
(NFI)	$< .80$	$\geq .90$	.902	.902
(NNFI)	$< .85$	$\geq .95$	.915	.912
(CFI)	$< .85$	$\geq .95$	.926	.926
(Δ) (IFI)	$< .80$	$\geq .90$	.927	.926

CAPITULO 5 DISCUSION Y CONCLUSIONES

En este apartado se analizan teóricamente los resultados obtenidos, se contrastan los enunciados hipotéticos y se realiza un análisis comparativo de los hallazgos reportados por otras investigaciones sobre conducta alimentaria de riesgo.

Antes de proseguir con la discusión y conclusiones del presente trabajo, resulta conveniente puntualizar respecto a algunas consideraciones en torno al abordaje teórico de la presente investigación.

En primer lugar es preciso aclarar que la concepción teórica que sustenta esta tesis no hace referencia a la Teoría de la Conducta (Ribes & López, 1984) entiéndase que con esto, no descartamos la pertinencia del análisis de los desordenes alimenticios a partir de dicha teoría, sino que más bien no podemos pasar por alto que tanto la estructura conceptual como metodológica empleada en el presente trabajo no es compatible con los planteamientos de dicha teoría.

Tampoco se ha pretendido recurrir a la práctica cada vez más común en nuestra disciplina de emplear una ensalada conceptual de diversas corrientes teóricas en Psicología como marco teórico de referencia, que han conducido a un eclecticismo confuso en nuestra disciplina dando lugar al desarrollo de una Psicología de Consumo o Psicología Chatarra (Sánchez-Sosa, Téllez & Villarreal-González, 2009) en la que se sustituye el criterio de pertinencia (investigación teóricamente fundamentada y técnicas terapéuticas emanadas de teorías científicas) por el de abundancia (hibridación ecléctica de posturas teóricas y la utilización indiscriminada de técnicas y pseudotécnicas en la práctica profesional) (Zarzosa, 1991).

Así, el presente estudio se centro en especificar y estimar un modelo explicativo de la conducta alimentaria de riesgo en donde se reemplazaron los hábitos categoriales de la Psicología dualista (mentalismo) para abordar el factor psicológico desde un marco contextual-personal bajo una perspectiva de campo que considera el factor psicológico como un evento prístino. Bajo esta premisa, se adopta una estructura explicativa de carácter ecológico (Bronfenbrenner, 2002) y Psicosocial (Musitu, 2001).

En esta investigación, se ha analizado la influencia de factores contextuales y personales en la conducta alimentaria de riesgo. Los resultados obtenidos confirman seis de las siete hipótesis planteadas mismas que abordaremos a continuación.

En cuanto a la primera hipótesis de investigación, los resultados confirman que la prevalencia de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados supera el 20%, así lo señala el análisis de conglomerados realizado a todas las variables en donde el 24.98% de los participantes reportan puntuaciones altas de conducta alimentaria de riesgo.

Cabe mencionar que la conducta alimentaria de riesgo no hace referencia a hábitos de alimentación inadecuados sino que este es un constructo que mide rasgos preclínicos de trastornos de conducta alimentaria por lo que el hablar de casi un 25% de prevalencia en población adolescente es preocupante considerando que en esta etapa el desarrollo físico e integral del individuo es particularmente importante.

A este respecto, Ballester y Girado (2003) reportan también índices elevados de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes Españoles. Igualmente, Acosta, Llopis, Gómez-Peresmitré y Pineda en el 2005, en un estudio transcultural reportan porcentajes similares en conducta alimentaria de riesgo.

Por otra parte, y retomando el primer objetivo específico planteado que hace referencia a la distribución porcentual de grupos de valores altos y bajos de las variables de estudio, los datos revelan que el adolescente carece de recursos interactivos emocionales ya que alrededor la mitad de los encuestados expresa Sintomatología Depresiva (39.69%) y Alexitimia (53.40%).

Estos datos son parecidos con los señalados por Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo, y Valenzuela (2007) quienes reportan valores altos en Sintomatología Depresiva en estudiantes de enseñanza media (32%), además de Quiroga y Cryan (2005) que señalan un 72% de Alexitimia reportada en una muestra de adolescentes.

En relación a la segunda hipótesis de investigación que refiere a una mayor relación de la variable dependiente con las variables personales o psicosociales que con las variables contextuales, se observa que los resultados confirman dicha hipótesis, al reportarse correlaciones significativas positivas que alcanzan los valores más altos de correlación con CAR precisamente con variables psicosociales [IIC ($r=.613$; $p=.000$); SD ($r=.369$; $p=.000$); DIEE ($r=.2.72$; $p=.000$)] mientras que la correlación más alta con variables familiares es con PCMP ($r=.209$; $p=.000$), la mayor con variables escolares con VE ($r=.255$; $p=.000$) y la más elevada con variables contextuales con ASC ($r=.134$; $p=.000$).

Esta distribución de carácter escalonado en las correlaciones de tipo exploratorio esboza la trayectoria estructural y el sentido teórico que se plasmó en la especificación del modelo con los resultados ya mencionados.

La tercer hipótesis de investigación se confirma con los datos arrojados tanto en las correlaciones exploratorias ($r=.613$; $p=.000$) como en las correlaciones canónicas (.902) del análisis discriminante. Esta relación significativa y con valores altos es reportada también por otros autores (Williamson, et al. 1995;

Cohn, 2006; Hund 2008; Gómez-Peresmitré, Pineda & Oviedo 2008) en la explicación de diversos desordenes alimenticios.

La confirmación de la cuarta y quinta hipótesis de investigación representa un hallazgo relevante, ya que, si bien la literatura señala una serie de variables asociadas a los desordenes alimenticios (funcionamiento familiar autoestima, sintomatología depresiva, alexitimia etc.) estas relaciones no han sido conformadas en modelos estructurales que contemplen la relación de diversos contextos con variables personales y además que estas se ajusten a un ordenamiento teórico como el desarrollado en el presente estudio en donde los coeficientes estructurales entre los factores del modelo estimado indican en general para las variables contextuales de comunidad, familia y ajuste escolar relaciones indirectas y significativas con la variable dependiente mediadas por las variables psicosociales que tienen una relación significativa directa con la variable dependiente.

La sexta hipótesis relacionada se planteo con la finalidad de analizar si existe una influencia de los grupos de iguales que fomenten practicas alimenticias restrictivas, a fin de determinar si las conductas alimentarias de riesgo están siendo influidas por el desarrollo de subculturas promotoras de conductas anoréxicas y bulímicas (Campos, 2007).

Se especificó y contrastó una relación causal directa entre la variable de apoyo de amigos y la variable dependiente, considerando que la presión social de amigos constituye un factor de riesgo en problemas de conducta (Campos, 2007; Musitu y Cava, 2003; Cortes, Díaz, Mejía & Meza, 2003). El resultado obtenido no obtuvo una relación significativa por lo que se confirma la Ho.

Así el modelo predictivo de conducta alimentaria de riesgo explica como una adecuada integración comunitaria provee condiciones facilitadoras para obtener el apoyo de amigos, establecer una relación familiar funcional y obtener un

ajuste escolar adecuado, asimismo, valores positivos o negativos de ajuste escolar, apoyo de amigos y funcionamiento familiar potencian o inhiben los recursos psicosociales de conducta depresiva, autoestima e insatisfacción de imagen corporal que a su vez tienen un efecto predictivo directo sobre la conducta alimentaria de riesgo. Esta resultante de efectos directos e indirectos del modelo estimado confirma la séptima y última hipótesis de investigación.

En relación a los planteamientos teóricos acerca del desarrollo de recursos psicosociales en el adolescente los resultados obtenidos son compatibles con diversas investigaciones que han encontrado que la calidad de las relaciones en la familia facilita el adecuado aprendizaje de habilidades sociales básicas necesarias para desarrollar relaciones de apoyo satisfactorias dentro y fuera del contexto familiar (Parke, 2004; Sánchez-Queijada & Oliva, 2003).

Asimismo, estas mismas relaciones familiares positivas favorecen que el adolescente desarrolle una autoestima favorablemente en los distintos dominios de su vida (Cava, Musitu, & Murgui, 2006).

Aportaciones originales del estudio

Las aportaciones del presente estudio se dan en tres planos que a continuación se describen:

1. Aportación Metateórica

La aportación metateórica que se hace al planteamiento teórico con el que se explica el modelo estructural se basa en que el análisis de las relaciones se realiza desde una concepción de campo interconductual (Kantor, 1971) es decir en un plano netamente interactivo dejando a un lado las explicaciones fenomenológicas derivadas de la psicopatología que considera factores mediacionales de índole interna, que por su característica inespacial lejos de ser factores explicativos a considerar son solamente errores categoriales en Psicología (Ryle, 2005).

2. Aportación Teórica

En el plano teórico se especifica el modelo tomando como base las aportaciones teóricas que en Psicología Social realizan Urie Bronfenbrenner y Gonzalo Musitu. El modelo ajustado a los datos confirma los supuestos del planteamiento teórico pues en dicho modelo se expresan los efectos indirectos de las variables contextuales mediadas por las variables psicosociales que tienen un efecto directo sobre la conducta alimentaria de riesgo expresados en factores y contextos de riesgo y de protección.

3. Aportaciones empíricas

En cuanto al análisis de los efectos de los contextos interactivos (microsistema) se puede destacar que todos los efectos indirectos especificados teóricamente fueron confirmados por el ajuste empírico

En cuanto a las variables psicosociales, el modelo ajustado a los datos confirma lo reportado en diversos estudios (Musitu, Jiménez, & Murgui, 2007; Estévez, Martínez, & Musitu, 2007; Martínez-Antón, Buelga, & Cava, 2007; Cava, Musitu & Murgui, 2006; Musitu & Herrero, 2003; Cava & Musitu, 2003; Cava & Musitu, 2001; Cava, Musitu & Vera, 2000) en cuanto al papel mediador que juega la autoestima en la explicación de diversos problemas de conducta.

El modelo contrastado refiere como la autoestima esta directamente influida por la interacción del individuo con su contexto inmediato (Microsistema) [familiar ($\beta=.22$), escolar ($\beta=.61$) y apoyo de amigos ($\beta=.22$)]. Mediando la relación de las variables contextuales a través de la relación directa negativa y significativa que la autoestima tiene con la conducta depresiva ($\beta=-.20$) y con la variable dependiente ($\beta=-.11$) así como una relación indirecta con la insatisfacción de imagen corporal a través de la conducta depresiva. Cohn en el 2006 desarrolla un modelo estructural en donde la autoestima tiene también un papel mediador al recibir la influencia directa del apoyo parental y apoyo percibido, las normas de apariencia, la influencia social y la asertividad, sin embargo, a diferencia del

modelo aquí expuesto, la autoestima no tiene un efecto directo sobre el estado dietético sino que se encuentra mediado por la relación directa con insatisfacción de imagen corporal.

La trayectoria especificada y confirmada empíricamente de la variable conducta depresiva reporta también efectos que aportan elementos explicativos que no habían sido señalados con anterioridad ya que si bien es cierto que diversos autores han señalado que existe una relación entre depresión y diversos desordenes alimenticios, no se especifican ni direccionalidad ni el tipo de efecto o relación (Nolen, Stice, Wade & Bohon, 2007; Chapur & Marian 1999; Measelle; Stice & Hogansen, 2006).

Los efectos indirectos del funcionamiento familiar y la autoestima sobre la insatisfacción de imagen corporal así como con la variable dependiente mediados por el efecto directo y significativo de la depresión con IIC ($\beta=.44$) y CAR ($\beta=.14$) pone de manifiesto una red interactiva que no se había planteado en los modelos revisados, ya que en el análisis de ecuaciones estructurales presentado por Gomez-Peresmitre (2008) en la que se analiza la influencia de la depresión sobre dieta restrictiva y conducta bulímica reporta solo efectos indirectos con los desordenes alimenticios a través del estrés.

Respecto a la influencia de la insatisfacción de imagen corporal no se puede mencionar un aporte original ya que la influencia de esta variable es multicitada (Sánchez-Sosa, 2007; Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol, & Ferrer, 2002; Benedito, Perpiñá, Botella, & Baños, 2003; Espina, Ortego, Ochoa, Alemán & Juaniz, 2001 Johnson & Wardle, 2005; De Berardis et al., 2007) además de ser una variable que incide directamente sobre los problemas alimenticios en todas los modelos explicativos consultados (Williamson, et al 1995; Cohn, 2006; Hund, 2008; Gomez-Peresmitre,2008).

Finalmente se considera que también se presenta un aporte en cuanto a varianza explicada como en tamaño de la muestra así como en el número de indicadores con buen ajuste en relación a los modelos estructurales referidos en antecedentes (ver tabla 20)

Tabla 20. Análisis comparativo del modelo estimado con otros modelos estructurales

Índices de ajuste	Modelo Actual	Williamson (1995)	Saucedo (2004)	Cohn (2006)	Hund (2008)	Gómez (2008)
N	1285	98	497	301	160	196
Varianza Explicada		no reporta	no reporta	66%	no reporta	26%
Chi-cuadrado del modelo	.000	no reporta	.100	.001	2.60	.665
Indicador Poblacional Basado en la no centralidad (estimaciones medias)						
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	.056	no reporta	.04	.001	.049	.000
Indicadores Prácticos Comparativos para una sola muestra						
Índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI)	.916	.912	no reporta	no reporta	.95	no reporta
Índice de bondad ajustado de ajuste de Joreskog (AGFI)	.894	.907	no reporta	no reporta	no reporta	.96
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI)	.902	no reporta	.999	.810	no reporta	.98
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	.915	no reporta	no reporta	no reporta	.980	no reporta
Índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)	.926	.911	no reporta	no reporta	.980	no reporta
Delta de Bollen (Δ)	.927	no reporta	no reporta	no reporta	no reporta	no reporta

Limitaciones de la Investigación

La investigación realizada contiene una serie de limitaciones que se considera pertinente enunciar.

La primer limitante está relacionada con el abordaje metateórico que se hace en el presente trabajo, y no me refiero a una limitación de pertinencia lógica o epistémica sino más bien de la aceptación de los planteamientos teóricos y metateóricos en el seno de una comunidad eminentemente mentalista y basada en una explicación psicopatológica, por lo que existe la posibilidad de que la fundamentación metateórica pueda ser descalificada en lugar de contra argumentada.

Sucede lo mismo con los planteamientos teóricos que representan la base conceptual de la tesis corriéndose también el riesgo de ser contemplados y por ende evaluados desde posiciones teóricas diferentes sin tomar en cuenta el principio de inconmensurabilidad paradigmática (Kuhn, 2006).

Otra limitante tiene que ver con la cantidad de escalas utilizadas así como las características de la población analizada. Sin embargo, la concepción de campo requiere del análisis de una diversidad de factores, por lo que se implementaron una serie de estrategias tanto para facilitar la comprensión de los cuestionarios por parte de los adolescentes así como para evitar la fatiga que produce el responder a un cuestionario de estas características.

Sin embargo, se prefirió trabajar con población adolescente y recabar mediciones de diversos factores, asumiendo la posibilidad de posibles problemas en los análisis estadísticos.

Una tercera limitante tiene que ver con la falta de cumplimiento de supuestos estadísticos como el de la normalidad Gaussiana y algunos supuestos del análisis de ecuaciones estructurales como el supuesto de normalidad multivariante y el que asume un mínimo de tres indicadores empíricos por factor.

Una cuarta limitante es que los resultados y conclusiones únicamente se circunscriben a la muestra utilizada por lo que tendrá que replicarse el modelo en muestras representativas con la finalidad de probar si el modelo puede generalizarse.

El empleo de autorreporte para la medición de las variables también es otra limitante pues lo que estamos midiendo no es un atributo de carácter interno, ni siquiera se puede argumentar que se mide lo que el sujeto hace, sino que solo obtenemos datos de lo que el sujeto dice que hace.

En resumen, podemos concluir que el modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo se ajusta bien a los datos, es compatible con el modelo explicativo psicosocial de Musitu, puesto que integra una estructura contextual ecológica que presenta una relación indirecta y significativa del contexto familiar y escolar sobre la variable dependiente, así como una relación causal significativa de las variables psicosociales con la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo se considera que la mayor aportación de la presente investigación y quizá el punto más álgido de la misma, sea el que no se contemplan a las variables psicosociales como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna o psicopatológica (psíquicos o cognitivos) debido a que el replanteamiento meta teórico de campo de la Psicología Social que aquí se señala, considera que lo psicológico y/o sus supuestos procesos (emoción, aprendizaje, percepción etc.) no es algo que le sucede *a un* organismo o que sucede *en* el organismo; en vez de esto, se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total (Kantor, 1971).

Referencias

- Acosta-García, M., & Gómez-Péresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 9-21.
- Acosta-García, M., Llopis, J., Gómez-Péresmitré, G., & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 5 (3), 223–232.
- Aguilar-Ye, A., Puig-sosa, P.J., Luna, L.A., Sánchez, P., Rodríguez, R., & Rodríguez, L.M. (2002). La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Revista mexicana de pediatría*, 69 (5), 190-193.
- Almenara, C. (2003). Anorexia Nerviosa: Una Revisión del Trastorno. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66; 52-62
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (cuarta edición en español)*. Madrid: Ed. Masson.
- Araya, L. (2001). Anorexia: búsqueda religiosa desde el desorden Simbólico. *Revista Duoda*. 20. 17-49.
- Arnsperger, R. (2007) .The Experience and Meaning of Body Image: Hearing the Voices of African American Sorority Women. *Body Image, an International Journal of Research*, 4 (1), 1-14
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319.
- Baile, J., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2), 22-27
- Baile, J. Guillen, F., & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 439–450.

- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C., & Ferrer, M. (2002). Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia. *Universidad de Girona, (Depto. de Psicología)*.
- Ballester, D., & Guirado, M., (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15 (4), 556-562.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20
- Belanger, J. (2001). *Imágenes y realidades del conductismo*. Oviedo: Editorial de la Universidad de Oviedo.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli P., (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 8 (6), 289–296.
- Benevides, H., & Werner, R. (2002). Ética e Bioética em Psicologia da Saúde. *Universitas psychologica*, 1 (2), 11-19.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C., & Baños, R. (2003) Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría Facultad de Psicología. Universidad de Valencia*, 58(3), 268-72
- Bentler, P. (1989). *EQS. Structural Equations Program Manual*. Los Angeles: BMPD Statistical Software Inc.
- Blas, I., Ortega, C., Frankena, K., Noordhuizen, J., & Thrusfield, M. (2000). *Win Episcopo 2.0*. Zaragoza: Epidecom
- Bollen, K. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*, 1a. ed., New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *The American Journal Of Psychiatry*, 139 (12), 1531-1538.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 26 (4), 212–217
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Persons Within*. New York: Basic Book.

- Buelga, S., Musitu, G., & Murgui, S. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 127-141.
- Calado, M., Lameiras, M., & Rodríguez, Y. (2004) Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-370.
- Callejo, J. (2000). Notas sobre la concepción de modelo por los manuales de técnicas de investigación social. *Empiria, Revista de metodología en ciencias sociales*, 3, 195-205.
- Campos, J. (2007) Anorexia, Bulimia e Internet. Aproximación al fenómeno pro-Ana y Mía desde la teoría subcultural. *Frenia*, 7, 127-144
- Caqueo, A., & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577–582.
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejon, N., Reyes-Velásquez, V., Bacardi-Gascon, M., & Jiménez-Cruz, A., (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17 (4), 243-249.
- Cava, M.J. y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (2), 297-311.
- Cava, M., & Musitu, G. (2000)¹. Evaluation o fan intervention programme for the empowerment of self-esteem. *Psychology in Spain*, 4 (1), 55–63.
- Cava, M., & Musitu, G. (2000)². Perfil de los niños con problemas de integración Social en el aula. *Revista de Psicología Social*, 15 (3), 319-333.
- Cava, M.J.; Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, (17) 151-162
- Cava, M.J., Musitu, G., & Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 101, 275-290.

- Cava, M., Musitu, G., & Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18(3), 367-373.
- Cava, M.J., Murgui, S., & Musitu, G., (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Cash, T., & Deagle, E., (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-25.
- Cohn, M. (2006). A proposed model of dieting and nondieting in college women. Tesis para obtener el grado doctoral. Colorado State University. Fort Collins, Colorado. United States of America.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- Contreras, J. (2002). La Obesidad: una perspectiva Cultural. *Formación Continua en Nutrición y Obesidad*, 5 (6), 275-86.
- Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *Humanitas. Humanidades medicas*, 16, 13-31
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., & Cooper, Z., (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal Eating Disorder*, 6, 485-494.
- Corral-Verdugo, V. (1995). Modelos de Variables Latentes para la investigación conductual. *Acta Comportamental*. 3 (2): 171 – 190
- Cortes, H., Diaz, A., Mejia, C. & Mesa, J. (2003). Trastornos de la Alimentación: Su prevalencia y Principales Factores de Riesgo – Estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*. 17 (1), 33 – 45
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., & Valenzuela B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78 (2), 150-159.
- Chapur, P., & Marian, L. (1999). Depresión y alexitimia en trastornos de la conducta alimentaria. *Alcmeon*, 4 (1), 22-29

- De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P. Ceci, A., et al. (2007). *Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. Eating Behaviors, 8* (3,) 296-304
- Delgado Calvete, C., Morales Gorria, M.J., Maruri Chimeno, I., Rodríguez del Toro, C., Benavente Martín, J.I., & Núñez Bahamonte, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de psiquiatría, 30* (6), 376-381.
- Díaz-Aguado, M. J. (2002). *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, CNICE.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Dillon, W., & Goldstein, M. (1984). *Multivariate Analysis. Methods and Applications*. New York: John Wiley & Sons.
- Epling, W.F., & Pierce, W.D. (1992). *Solving the anorexia puzzle: A scientific approach*. Toronto: Hogrefe & Huber
- Epstein, L., Paluch, R., Roemmich, J., & Beecher, M. (2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychology, 26* (4), 381-391
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001) La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema, 13* (4), 533-538.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., Alemán, A., & Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco: Un estudio piloto. *Clínica y salud, 12* (2), 217–235.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 25*, 119-128
- Estevez, E., Musitu, G., & Herrero, H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental, 28* (4), 81 – 89
- Estévez, E., Musitu, G., & Martínez, B. (2004). Padres y Profesores: ¿cómo influyen en el ajuste psicosocial del adolescente?. *VIII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia: Violencia y Juventud*. Valencia.
- Fernandez, V. (1999). Alexitimia. *Revista elementos, 35*, 20 – 27

- Fetsch, R., & Zimmerman, T., (1999). Marriage and family consultation with ranch and farm families: An empirical family case study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19 (1), 220-226.
- Figueras S. (2000). Análisis Discriminante, [en línea] 5campus.com. Estadística.
- Forni, A. (1988). Las metodologías de George Herbert Mead y Herbert Blumer. Similitudes y diferencias. *Posdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*, 3 (4), 71-86.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *La adolescencia. Una etapa fundamental*, 2002 New York, NY: U.S. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf
- Fuemmeler, B., Masse, L., Yaroch, A., Resnicow, K., Kramish, M., Carr, C. et al. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the body and soul effectiveness trial. *Health psychology*, 25 (4), 474–483.
- Funes, J. (2005). Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes. O de cómo mirarlos sin convertirlos en un problema. *Congreso ser adolescente hoy*, FAD, Madrid. Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Gaxiola, J. y Frías, M. (2008). Un Modelo Ecológico de Factores Protectores del Abuso Infantil: un estudio con Madres Mexicanas. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*. 9 (1 y 2); 13 – 31.
- García, F. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. *XI reunión interdisciplinaria sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. Real patronato sobre discapacidad*. España
- García, J., Musitu, G., & Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18 (3); 551-556.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Gómez-Peresmitré, G (1999). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.

- Gómez Peresmitré, G., Pineda, G., & Oviedo, L. (2008). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18 (1), 45-55
- González M. (1997): *Metodología de la investigación social. Técnicas de recolección de datos*. Alicante: Aguacilara.
- Gonzalez, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206
- González, L., Unikel, C., Cruz, C., & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 3 (26), 1–8
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Herrero, J., & Gracia, E., (2004). Predicting Social Integration in the Community Among College Students. *Journal of Community Psychology*, 32 (6), 707–720
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C., & Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture Women's Studies. *International Forum*, 29, 208–224
- Hund, A. (2008). *Structural model of association between child abuse and disordered eating: extension of the coping with trauma model*. Tesis doctoral. University of Illinois. USA.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta nacional de Nutrición y Salud 2006*. México, D.F.: México. Recuperado de: <http://www.insp.mx/ensanut/>
- Jiménez, T. I., Murgui, S., & Musitu, G. (2005). Validez discriminante de la dimensión de Relaciones de la escala “Clima Social Familiar” de Moos. *Universidad de Valencia*.
- Jiménez, T. (2006). *Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales*. Tesis para presentar grado doctoral. Universitat de Valencia. Facultat de Psicologia. España.
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114 (1), 119 – 125

- Kantor, J.R. (1971). *The Aim and Progress of Psychology and other Sciences: A Selection Of Papers*. Chicago: Principia Press.
- Kantor, J. (1977). Evolution and revolution in the Philosophy of Science. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 3 (1), 7-16.
- Kantor, J.R. (1980). Manifiesto of Interbehavioral psychology. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 6(2), 117-128.
- Kantor, J. (1982). Reflections on the nature of human nature. *Revista mexicana de analisis de la conducta*, 8 (2), 73-85.
- Kantor, J. (1969). *The scientific evolution of Psychology*. Vol. II. Granville: The Principia Press.
- Kuhn, T. (2006). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Tercera edición. México: Fondo de cultura económica.
- Lewin, K. (1978) *La teoría de campo en las ciencias sociales*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
- López, L. (1999) Anorexia: Comer Nada. Una Perspectiva Psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 599-608.
- López, M. (2006). *La familia en el proceso educativo*. Madrid: Ediciones cinco, s.a.
- Lora-Cortez, C., & Saucedo-Molina, 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. *Salud Mental*, 29 (3), 60-67
- Luengo, A., Otero López J., Mirón, L. y Romero, A. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia
- Magallanes, J., León, A., Arias, L., & Herrera, J. (1995). Practicas de Salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de medicina. *Colombia Medica*, 26, 132-140
- March, J., Suess A., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Cabeza, E., & Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21 (1), 4-12.

- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 29 (2), 86–91
- Martos, A. (2005). *Variables Mediadoras en la Relación entre el Deterioro Cognitivo y la Capacidad Funcional en Personas Mayores*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España.
- Martínez-Antón, M., Buelga, S., & Cava, M. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología Universitat de Barcelona*, 38 (2), 293-303
- Mead, G. (1934). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Measelle, J., Stice, E., & Hogansen, J. (2006) Developmental Trajectories of Co-Occurring Depressive, Eating, Antisocial, and Substance Abuse Problems in Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 524 -538.
- Milne, E. Simpson, J., Johnston, R., Giles-Corti, B., & English, D. (2007) Lime Spent Outdoors at Midday and Children's Body Mass Index. *American Journal of Public Health*, 97(2), 306–310.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 3 (3) julio sep. 2002. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Moral de la Rubia J., & Retamales R. (2000). Estudio de validación de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría.com*; 4(2), 1-10.
- Moral, M. & Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*. 87
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En Landero, R. González, M. (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). México: Trillas.
- Morales, L. (2006). La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista gallega de terapia ocupacional*. 3 18-26

- Moos, R., Moos, B., & Trickett, E. (1984). *Escalas de clima social. Adaptación española de R. Fernández-Ballesteros y B. Sierra*. Madrid: TEA.
- Musitu, G., García, J., & Gutiérrez, M. (1994). *AFA: Autoconcepto Forma A (2ª edición)*. TEA. Madrid
- Musitu, G., & Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. (2001). *Familia y Adolescencia: Un Modelo de Análisis e Intervención Psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., & Cava, M. (2006). Familia y Escuela: La influencia del contexto familiar en las relaciones entre alumnos. *Universitat de Valencia*.
- Musitu, G., y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 13 (1).
- Musitu, G., Jiménez, T., I. & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Revista Salud Pública de México*, 49, 3-10
- Nolen, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C., (2007). Reciprocal Relations Between Rumination and Bulimic, Substance Abuse, and Depressive Symptoms in Female Adolescents. *Journal-of-Abnormal-Psychology*, 116 (1), 198-207
- Norman, G. & Streiner, D. (1995). *Bioestadística*. Madrid: Elsevier.
- Oliveras-López, M., Agudo, E., Nieto, P., Martines, F., López, H., & López, M. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria marroquí en el tiempo de Ramadan. *Nutricion Hospitalaria*, 21(3), 313-316
- Ortega, Y. (2008). Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. *Aquichan*, 8 (2), 170-182.
- Palmonari, A., Pombeni, M. L. y Kirchler, E. (1992): Evolution of the self-concept in adolescence and social categorization processes. *European Review of Social Psychology*, 3, 285-308.

- 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 – 24
- Paneth, N., & Susser, M. (2002). The early history and development of the case-control study. *Social & Preventive Medicine*; 47 (6), 359-365.
- Padilla, M. (2006). *Entrenamiento de competencias de investigación en estudiantes de educación media y superior*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Parke, R. (2004). Development in family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-399.
- Patterson G. R., DeBaryshe, B. D., y Ramsey, E. A (1989). Developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Pierce, W.D. & Epling, W.F. (1994). An interplay between basic and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17, 7-23
- Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas Reflexiones Críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychological*, 5 (3), 669-679.
- Pérez-Gil, J., Chacón S., & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12 (2), 442-446.
- Peláez M., Labrador, F., & Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.
- Quiroga, A. (1992). *Studies of the Polychoric Correlation and Other Correlation Measures for Ordinal Variables*. PhD Dissertation: Uppsala University: Department of Statistics.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2005). Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología UBA*, 12, 25-32.
- Raich, R. (2001). *Imagen Corporal conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.
- Ramos, M. (2008). *Violencia y victimización en adolescentes escolares*. Tesis doctoral. Universidad Pablo de Olavide.

- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. *Revista de la facultad de Medicina UNAM*, 47 (1), 24-27.
- Regan, P., & Cachelin, F. (2006) Binge eating and purging in a multi-ethnic community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (6), 523–526
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.
- Ribes, (1994). Estado y perspectivas de la Psicología interconductual. En Hayes, L. Ribes, E. Lopez F. (1994). *Psicología Interconductual. Contribuciones en honor a J.R. Kantor*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1997). *Psicología General*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- Ribes, E. (2002). *Psicología del aprendizaje*. México: Manual Moderno.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 2 (8), 149 -161.
- Roca, J. (2004). *Psicología: Una introducción teórica*.
- Rodríguez-Ayán, M., & Ruiz, M. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29 (2), 205-227.
- Rodríguez, S. & Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22 (2), 186–199.
- Ryle, G. (2005). *El Concepto de lo Mental*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez-Queijada, I., & Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 71-86.

- Sánchez-Sosa, J.C. (2007). *Insatisfacción de Imagen Corporal e Índice de masa corporal en Relación con Conducta Alimentaria de Riesgo*. Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., & Moral, J. (2008). La insatisfacción de imagen corporal: trastorno psicológico o conducta normativa. En *Investigación en psicología social. Experiencias desde las universidades públicas*. Mérida: Consorcio de Universidades Mexicanas
- Sánchez-Sosa, J. Téllez, A., & Villarreal-González, M. (2009). Bioética en la Investigación en Psicología de la Salud. En: Cantú, P (2009). *Bioética en Ciencias de la Salud*. Monterrey: UANL. (En prensa)
- Santos, J., Muñoz, A., Juez, P., & Cortinas, P. (2003). *Diseño de encuestas para estudios de mercado. Técnicas de muestreo y análisis multivariante*. Madrid: Editorial centro de estudios Ramón Areces.
- Saucedo–Molina, T., & Gomez-Perezmitre G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista psiquiatría Facultad de medicina Universidad de Barcelona*, 31 (2), 69-74
- Shavelson, J., Hubner, J., & Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Schlundt, D. G., & Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of Structural Equation Models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8, (2), 23-74
- Segura, S., & González, V. (2000). Medición de constructos bipolares mediante escalas tipo likert: ¿Por qué aparecen los factores monopulares? *Psicothema*, 12 (3), 471-479.
- Sepúlveda, A.R., León, J.A., & Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, 15 (1), 55-74.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. & León, J.A., (2001). La alteración de la Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta análisis. *Psicothema*. 13 (1), 7-16

- Stephen, C. (2006). Urie Bronfenbrenner (1917-2005). *American-Psychologist*, 61(2), 173-174.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal Familiar Practice*, 15, 303-311.
- Smith, N. & Smith, L. (1996). Field Theory in Science: Its Role as a Necessary and Sufficient Condition in Psychology. *The Psychological Record*, 46, 229-236.
- Sifneos, P. (1973). The Prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom* 22, 253 – 255.
- Swami, V., & Martin, T. (2006) Does hunger influence judgments of female physical attractiveness? *British Journal of Psychology*, 97, 353–363.
- Toro, J. (1995). Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2 (2), 20-80.
- Toro, J. (2004) *Riesgo y Causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Torrice, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18 (1), 45-59
- Ubeda, M. I., Rico, E., Martínez, R., Gandia, A., Chorro, F., & Diez, J. (2003). El adolescente y su imagen corporal. Factores ocultos de confusión diagnóstica. *Revista pediátrica de atención primaria*, 5 (20), 583-587.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*, 25 (2), 49–57.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista Salud Pública*, 46, 509-515.

- Villasís-Keever, M., Pineda-Cruz, R., Halley-Castillo, E., & Alva-Espinosa, C., (2001). Frecuencia y factores de riesgo asociados a desnutrición de niños con cardiopatía congénita. *Salud Publica*, 43 (4), 313–323.
- Walker, H. M., & McConnell, S. R. (1995). *Walker-McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- White, M., & Grilo, C. (2005). Ethnic differences in the prediction of eating and body image disturbances among female adolescent psychiatric inpatients. *Internacional journal of Eating Disorder*, 38, 78–84.
- Willemsen, E. & Hoek, H. (2006). Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman. *International journal of Eating Disorder*, 39 (4), 353–355.
- Williamson, D., Netemeyer, R., Jackman, L., Anderson, D., Funsch, C., & Rabalais, J. (1995). Structural equation modeling of risk factors for the development of eating disorders in female athletes. *International journal of eating disorders*, 17(4), 387-393.
- Wonderlich, S., Joiner, T., Keel, P., Williamson, D., & Crosby, R. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62 (3), 167–180.
- Zabinski, M., Wilfley, D., Calfas, K., Winzelberg, A., & Taylor, C. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing and eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72 (5), 914–919
- Zarzosa, L. (1991). Problemas del Eclecticismo. Un Caso. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1), 25-36

Anexo 1. Comparativo de Estructuras Factoriales y Fiabilidad de las Escalas Utilizadas en la

		PROPIEDADES ORIGINALES DE LAS ESCALAS							FACTORIAL EXPLORATORIO					
		Instrumento	ítem	Op.	α	Factores Originales	Ext.	Rot	V. Exp.	α	Factores	V. Exp.	α	
FAMILIA	Parents-Adolescent Communication Scale (PACS); Barnes y Olson (1982). Adaptación: Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar; grupo Lisis	Escala de Comunicación Padres-Adolescentes; PADRES	20	5	.81	Comunicación Abierta Comunicación Ofensiva Comunicación Evitativa	CP	OB	55.04%	.87	Apertura Comunicación Problemas Comunicación	38.54% 16.92%	.94 .74	
		Escala de Comunicación Padres-Adolescentes; MADRES	20	5	.81	Comunicación Abierta Comunicación Ofensiva Comunicación Evitativa	CP	OB	48.25%	.86	Apertura Comunicación Problemas Comunicación	32.99% 15.26%	.91 .74	
		Family Apgar; Smilkstein et al. (1982). Adaptación: Cuest. de Función Familiar, Apgar Familiar; Bellon et al (1996).	5	3	.84	Unifactorial	CP	No	55.14%	.79	Unifactorial	55.14%	.79	
ESCUELA	Escala breve de Ajuste Escolar (EBAE-10) Moral y Sánchez-Sosa 2009		10	6	NO	NO	CP	OB	71.16%	.79	Prob. integración Escolar Rendimiento Escolar Expectativa Académica	35.32% 25.38% 10.46%	.84 .78 .85	
		Classroom Environment Scale (CES); Moos, Moos y Trickett (1984). Versión castellana de Fernández, Ballesteros y Sierra (1984) Clima Social en el Aula. Adap. de Sánchez-Sosa, Villarreal-González (2008).	30	2	5	.85	Implicación Ayuda entre Alumnos Ayuda del Profesor	CP	OB	34.53%	.83	Implicación Escolar Apatía Escolar Rechazo Escolar	17.71% 9.89% 6.93%	.81 .71 .67
		Escala de Conducta Delictiva y Violenta en el Aula; Rubini y Pombeni (1992) Adaptación: Grupo Lisis	19	5	.87	Conducta Violenta Escolar Victimización Escolar	CP	OB	55.91%	.93	Conducta Violenta Escolar Victimización Escolar	48.06% 7.94%	.93 .84	
COMUNIDAD	Cuestionario de Apoyo Social Comunitario; Gracia, Musitu y Herrero (1993)		20	4	.76	Integración Comunitaria Participación Comunitaria Apoyo en Sist. informales	CP	OB	47.11%	.82	Integración Comunitaria Aislamiento Comunitario Participación Comunitaria	27.82% 11.71% 8.11%	.85 .65 .79	
		Escala de Apoyo familiar y de Amigos; Landero y González (2008)	15	5	NO	NO	CP	OB	62.20%	.91	Apoyo Familiar Apoyo Amigos	46.86% 15.34%	.90 .89	
		Center for Epidemiologic studies Depression Scale; Radloff (1977). Adapt. Sintomatología Depresiva; Lisis	20	5	.83	Unifactorial	CP	No	33.44%	.82	Unifactorial	33.44%	.82	
VARIABLES PSICOSOCIALES	Auto concepto Forma 5 (AF5);García y Musitu (1999)		30	5	.81	Autoestima Académica Autoestima Emocional Autoestima Social Autoestima Familiar Autoestima Física	CP	OB	56.30%	.85	Autoestima Académica Autoestima Emocional Autoestima Social Autoestima Familiar Autoestima Física	24.51% 14.08% 6.69% 6.31% 4.71%	.86 .80 .78 .78 .75	
		Body Shape Questionnaire (BSQ); Cooper et al. (1987) Adapt: Cuest. de la Forma Corporal; Raich et al. (1996)	34	6	.97	Unifactorial	CP	No	57.35%	.97	Unifactorial	57.35%	.97	
		Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Bagby, et al. (1994). Adaptación; Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20); Moral y Retamales (2000)	20	6	.81	Dificultad p/ discr.emociones Dif. expresión verbal Emociones Pensamiento detalles externos	CP	OB	44.46%	.82	Dif. p/ Ident. y Expr. Emoc Dif.interactuar emocionalmente Fac. p/ interactuar Emoc.	20.93% 11.98% 11.55%	.84 .68 .68	
		Perceived Stress Scale Cohen, 1983. Adap; González Landero (2007)	14	5	.83	Dos factores contrabalanceados	CP	No	32.32%	.83	Dos factores contrabalanceados	32.32%	.83	
		Ideación Suicida; Robert (1980).Adap; Mariño, et al.(1993)	4	4	.88	Unifactorial	CP	No	66.80%	.84	Unifactorial	66.80%	.84	
	Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR); Unikel-Santocini, et al. (2004)		11	4	.83	Atracón-purga Medidas Compensatorias Restricción	CP	OB	61.78%	.73	Conducta Purgativa Cond Compensatorias Atracones	33.47% 14.81% 13.54%	.77 .68 .69	

Anexo 3. Modelo de nueve variables latentes

- 1) ASC; 2) AJ; 3) AA; 4)FF; 5) AG; 6)CD; 7) IIC; 8) ALE; 9) CAR

3.1 Coeficiente de Mardia

MULTIVARIATE KURTOSIS

MARDIA'S COEFFICIENT = 110.5037

3.2 Tabla de Residuos Estandarizados

LARGEST STANDARDIZED RESIDUALS:

NO.	PARAMETER	ESTIMATE	NO.	PARAMETER	ESTIMATE
1	V420,V366	.459	11	V375,V366	.272
2	V422,V366	.383	12	V421,V381	.263
3	V380,V368	.334	13	V376,V366	.258
4	V378,V329	.330	14	V380,V148	.255
5	V421,V368	.319	15	V421,V382	.250
6	V379,V366	.317	16	V377,V366	.250
7	V422,V379	.306	17	V421,V380	.250
8	V380,V142	.295	18	V420,V379	.246
9	V380,V155	.289	19	V379,V331	-.245
10	V368,V142	.274	20	V381,V368	.240

3.3 Distribución de Residuos Estandarizados

```

-----
!
220-      *      !
!          *      !
!          *      !
!          *      !
!          * *     !
165-      * *     -
!          * *     !
!          * *     !
!          * *     !
!          * *     !
110-      * *     -
!          * *     !
!          * *     !
!          * *     !
!          * *     !
!          * *     !
55-      * *     -
!          * * *    !
!          * * *    !
!          * * *    !
!          * * * *   !
!          * * * * *  !
!          * * * * *  !
-----
!          RANGE  FREQ  PERCENT
!  1  -0.5 - -0.4  0  .00%
!  2  -0.4 - -0.5  0  .00%
!  3  -0.3 - -0.4  0  .00%
!  4  -0.2 - -0.3  2  .40%
!  5  -0.1 - -0.2 26  5.24%
!  6  0.0 - -0.1 171 34.48%
!  7  0.1 - 0.0 217 43.75%
!  8  0.2 - 0.1 47 9.48%
!  9  0.3 - 0.2 26 5.24%
!  A  0.4 - 0.3 6 1.21%
!  B  0.5 - 0.4 1 .20%
!  C  ++ - 0.5 0 .00%
!          TOTAL  496 100.00%
-----
1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C  EACH "*" REPRESENTS 11 RESIDUALS

```

3.4. Bondad de Ajuste

CHI-SQUARE = 2674.192 BASED ON 409 DEGREES OF FREEDOM
PROBABILITY VALUE FOR THE CHI-SQUARE STATISTIC IS .00000

THE NORMAL THEORY RLS CHI-SQUARE FOR THIS ML SOLUTION IS 2939.730.

FIT INDICES

```

-----
BENTLER-BONETT   NORMED FIT INDEX =   .756
BENTLER-BONETT  NON-NORMED FIT INDEX =   .754
COMPARATIVE FIT INDEX (CFI)      =   .784
BOLLEN'S        (IFI) FIT INDEX =   .785
MCDONALD'S      (MFI) FIT INDEX =   .224
JORESKOG-SORBOM'S GFI FIT INDEX =   .799
JORESKOG-SORBOM'S AGFI FIT INDEX =   .757
ROOT MEAN-SQUARE RESIDUAL (RMR)  =   2.731
STANDARDIZED RMR                    =   .099
ROOT MEAN-SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA) =   .086
90% CONFIDENCE INTERVAL OF RMSEA (   .082,   .089)

```

Anexo 4. Modelo de ocho variables latentes con subescalas integras y particiones de tres factores

1) ASC; 2) AJ; 3) AA; 4)FF; 5) AG; 6)CD; 7) IIC; 8) CAR

4.1 Coeficiente de Mardia

MULTIVARIATE KURTOSIS

MARDIA'S COEFFICIENT = 98.7263

4.2 Tabla de Residuos Estandarizados

LARGEST STANDARDIZED RESIDUALS:

NO.	PARAMETER	ESTIMATE	NO.	PARAMETER	ESTIMATE
1	V422,V379	.320	11	V422,V331	-.233
2	V378,V329	.318	12	V379,V375	.233
3	V380,V142	.278	13	V379,V377	.225
4	V380,V155	.271	14	V381,V331	.221
5	V421,V381	.267	15	V381,V160	.220
6	V420,V379	.266	16	V421,V378	.218
7	V421,V380	.259	17	V381,V156	.210
8	V421,V382	.252	18	V379,V376	.204
9	V379,V331	-.251	19	V421,V142	.197
10	V380,V148	.244	20	V379,V378	.196

4.3 Distribución de Residuos Estandarizados

```

-----
!
180-      *      ! -
!         *      !
!         *      !
!         *      !
!         * *     !
135-      * *     !      RANGE   FREQ PERCENT
!         * *     !  1  -0.5 - --    0  .00%
!         * *     !  2  -0.4 - -0.5  0  .00%
!         * *     !  3  -0.3 - -0.4  0  .00%
!         * *     !  4  -0.2 - -0.3  2  .49%
90-      * *     -  5  -0.1 - -0.2 23  5.67%
!         * *     !  6  0.0 - -0.1 148 36.45%
!         * *     !  7  0.1 -  0.0 183 45.07%
!         * *     !  8  0.2 -  0.1  34  8.37%
!         * *     !  9  0.3 -  0.2  14  3.45%
45-      * *     -  A  0.4 -  0.3  2  .49%
!         * * *     !  B  0.5 -  0.4  0  .00%
!         * * * *     !  C  ++ -  0.5  0  .00%
!         * * * * *     ! -----
!         * * * * *     !      TOTAL   406 100.00%
-----
1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C EACH "*" REPRESENTS 9 RESIDUALS

```

4.4. Bondad de Ajuste

CHI-SQUARE = 2062.364 BASED ON 329 DEGREES OF FREEDOM
 PROBABILITY VALUE FOR THE CHI-SQUARE STATISTIC IS .00000

THE NORMAL THEORY RLS CHI-SQUARE FOR THIS ML SOLUTION IS 2159.554.

FIT INDICES

BENTLER-BONETT NORMED FIT INDEX = .804
 BENTLER-BONETT NON-NORMED FIT INDEX = .803
 COMPARATIVE FIT INDEX (CFI) = .829
 BOLLEN'S (IFI) FIT INDEX = .830
 MCDONALD'S (MFI) FIT INDEX = .341
 JORESKOG-SORBOM'S GFI FIT INDEX = .839
 JORESKOG-SORBOM'S AGFI FIT INDEX = .802
 ROOT MEAN-SQUARE RESIDUAL (RMR) = 1.484
 STANDARDIZED RMR = .088
 ROOT MEAN-SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA) = .081
 90% CONFIDENCE INTERVAL OF RMSEA (.078, .084)