

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VALIDACION EN MEXICO DE DOS INSTRUMENTOS PARA DETECTAR TRASTORNOS ALIMENTARIOS: EAT Y BULIT

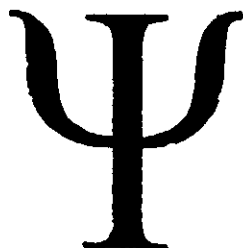
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A

GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON

DIRECTOR: M. en C. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
ASESORES: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO



MEXICO, D. F.

ENERO 2000

274400



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres,  
Pedro y Hortencia,  
por su gran amor  
que se tradujo en apoyo  
y confianza.

A mis hermanos,  
José, Rodolfo y Pedro,  
por confiar en que debía  
y podría.

A Francisco,  
por su amor e  
incondicional apoyo.

A mis grandes amigas,  
Rosalia y Cecilia,  
por demostrarme cada día  
que la amistad va más allá  
del tiempo y la distancia.

A Juan Manuel,  
por ser mi amigo,  
además de jefe y maestro.

A mis compañeros del PIN, tesistas y alumnos,  
por permitirme crecer y desarrollar  
en mi labor,  
que es mi placer.

# INDICE

RESUMEN .....	5	
INTRODUCCIÓN .....	6	
<b>ANTECEDENTES TEÓRICOS</b>		
<b>1. ALIMENTACIÓN NORMAL Y PATOLOGÍA ALIMENTARIA</b>		
1.1. Psicología de la Alimentación .....	10	
1.2. Patologías Alimentarias .....	13	
<b>2. ANOREXIA NERVIOSA</b>		
2.1. Definición de Conceptos .....	20	
2.2. Breve Revisión Histórica .....	22	
2.3. Criterios Diagnósticos .....	24	
2.4. Caracterización Psicológica.....	26	
<b>3. BULIMIA NERVIOSA</b>		
3.1. Definición de Conceptos .....	28	
3.2. Breve Revisión Histórica .....	30	
3.3. Criterios Diagnósticos .....	32	
3.4. Caracterización Psicológica .....	33	
<b>4. EVALUACIÓN Y DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS .....</b>		<b>35</b>
4.1. Modelos Etiológicos y Explicativos de los Trastornos Alimentarios ..	37	
4.2. Métodos de Detección y Diagnóstico .....	45	
4.3. Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT- 40) .....	46 <sup>r</sup>	
4.4. Test de Bulimia (BULIT) .....	52	
<b>5. EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS .....</b>		<b>56</b>
5.1. Confiabilidad .....	56	
4.2. Validez .....	58	
OBJETIVOS .....	63	

## MÉTODO

Sujetos .....	64
Instrumentos .....	65
Procedimiento	
• Recolección de Datos .....	67
• Análisis de Datos .....	67

## RESULTADOS

### Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)

• 1ª. FASE	
1.1. Confiabilidad .....	70
1.2. Validez Factorial .....	73
• 2ª. FASE	
2.1. Confiabilidad .....	77
2.2. Validez Discriminante y Predictiva .....	79

### Test de Bulimia (BULIT)

• 1ª. FASE	
1.1. Confiabilidad .....	101
1.2. Validez Factorial .....	104
• 2ª. FASE	
2.1. Confiabilidad .....	107
2.2. Validez Discriminante y Predictiva .....	110

## DISCUSIÓN

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) .....	128
Test de Bulimia (BULIT) .....	137

CONCLUSIONES .....	144
--------------------	-----

REFERENCIAS .....	147
-------------------	-----

## ANEXOS

<b>Anexo 1. Cuestionario EAT-40 .....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo 2. Cuestionario BULIT .....</b>	<b>163</b>
<b>Anexo 3. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de la Conducta Alimentaria no Específico (TCANE) .....</b>	<b>170</b>
<b>Anexo 4. Definición de Factores del EAT- 40 de acuerdo con Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982); Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991); y los obtenidos en la presente investigación .....</b>	<b>172</b>
<b>Anexo 5. Definición de Factores del BULIT de acuerdo con Smith y Thelen (1984); Mora (1992); y los obtenidos en la presente investigación .....</b>	<b>174</b>

## RESUMEN

Los trastornos alimentarios son padecimientos que han cobrado gran relevancia dentro del campo de la salud mental, esto en razón de su creciente prevalencia, así como por la complejidad de su cuadro clínico. Por ello, que se hallan desarrollado instrumentos de evaluación que permitan realizar una primera detección de estos trastornos o bien de sus síntomas (screening o tamizaje) en poblaciones comunitarias o de alto riesgo. Sin embargo, en Latinoamérica y específicamente en México, no existían instrumentos que hubiesen mostrado ser adecuados y pertinentes para su empleo. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue valorar las propiedades psicométricas en población mexicana de dos instrumentos diseñados para detectar trastornos alimentarios: El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Test de Bulimia (BULIT).

El método consistió de dos fases: en la primera se trabajó con 2168 jóvenes mexicanas del sexo femenino tanto de instituciones educativas públicas y privadas, con un rango de edad de 15 a 30 años. Mientras que en la segunda fase, la muestra consistió en 140 jóvenes mexicanas del sexo femenino y un rango de edad de 10 a 27 años; a las cuales, por medio de entrevista diagnóstica se les dividió en dos grupos: con trastorno alimentario ( $n=60$ ) y sin trastorno alimentario ( $n=80$ ).

El EAT-40 posee una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0.72$  y  $\alpha=0.83$ , respectivamente para cada fase). El análisis factorial arrojó que son siete los factores pertinentes a valorar en población mexicana: 1) Motivación para adelgazar, 2) Evitación de alimentos engordantes, 3) Preocupación por la comida, 4) Presión social percibida, 5) Obsesiones y compulsiones, 6) Patrones y estilos alimentarios, y 7) Conductas compensatorias. Con base en su puntaje total, mostró ser válido para predecir la presencia o ausencia del trastorno alimentario, y de manera específica la de anorexia nerviosa, TCANE 1, TCANE 2 y TCANE 4. El punto de corte sugerido para población femenina de México es el de 28.

Por su parte, el BULIT mostró que posee una buena consistencia interna ( $\alpha=0.88$  y  $\alpha=0.89$ , respectivamente). El análisis factorial arrojó que son tres los factores pertinentes en población mexicana: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, y 3) Conductas compensatorias. Mostró ser válido para predecir la presencia de bulimia nerviosa y TCANE 3. El punto de corte sugerido para población femenina de México es el de 85.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la humanidad, la alimentación ha sido una necesidad primaria y fundamental que el hombre ha debido satisfacer para poder vivir. El desarrollo pleno del ser humano sólo puede darse cuando su cuerpo cubre sus requerimientos fisiológicos para un funcionamiento adecuado, para ello es indispensable que reciba diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimentos. Por lo que cuando esto no sucede se pone en peligro el bienestar físico y emocional del individuo.

Sin embargo, la alimentación humana en cuanto a que es un comportamiento, supone al menos tres componentes generales: cognición, actitud y conducta. De ello, que sea considerada un fenómeno complejo en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Desde este punto de vista, el estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica, lo que necesariamente exige una aproximación multifactorial que conciba al individuo como una unidad funcional, es decir, desde una perspectiva biopsicosocial (Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995).

Este parece ser el camino para aproximarse no sólo a la comprensión de la alimentación humana "normal", sino también a la de las patologías alimentarias, las que hasta hace poco más de tres décadas han sido identificadas o denominadas como trastornos de la conducta alimentaria, términos que invariablemente llevan a pensar en procesos anómalos de la alimentación. Raich (1994) define a estos trastornos alimentarios como trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, que la base y fundamento de estos se halla en la alteración psicológica.



Pero entonces ¿Qué es una alimentación normal? Como establecen Polivy y Herman (1987), actualmente resulta complicado dar respuesta a esta interrogante. Sobre todo, cuando se observa que la gente se preocupa más por los aspectos relacionados con el sabor y la atmósfera de sus comidas, que por la ingestión de alimentos que propicien el funcionamiento óptimo e integral de su organismo.

Contrariamente, en nuestra sociedad existe una suma preocupación por la comida, su contenido calórico, las dietas, la imagen y la figura. Por lo que las preferencias sociales por la delgadez —y sus no claras ventajas sobre el estado de salud— han afectado a la conducta alimentaria, así como a las actividades que giran alrededor de la comida. Incluso, teorías socioculturales han argumentado que las normas sociales se transforman, y especialmente aquellas que promueven la delgadez entre la población, han creado una cultura de la dieta.

Esta idealización de la delgadez hace que actualmente la sociedad en general, y más específicamente las mujeres, se refieran conscientemente o no, a un modelo que asumen o rechazan, pero que a menudo suele alterar profundamente su psiquismo, especialmente en las más jóvenes. Prueba de esto es la alta incidencia de dietas y métodos para la disminución del peso corporal en la población en general (French y Jeffery, 1994) y en los casos más extremos el desarrollo de trastornos alimentarios. Y es que los intentos por acercarse al ideal corporal que se promueve socialmente se ha convertido en una norma biológica, generalmente incompatible con el balance corporal normal, lo que lleva a que el control del peso corporal o su reducción sea extremadamente difícil, y por tanto, el cumplimiento de dicha norma social sea virtualmente insostenible la mayoría de las veces.

Ante la complejidad del fenómeno, Garfinkel y Dorian (1997) previenen acerca de la importancia de no perder de vista que los trastornos alimentarios se ven afectados por los vertiginosos cambios que se suceden en el mundo —social y culturalmente hablando—, de modo que ellos sugieren la necesidad de realizar una constante y permanente reexaminación de estos, con la finalidad de estar en posibilidad de generar

formas de detección y evaluación, que conduzcan más tarde a la generación de modelos que puedan explicar y/o anticipar dichos cambios, orientando de esa forma tanto a las futuras líneas de investigación como de intervención en los trastornos alimentarios. Esto resulta particularmente importante, cuando se reconoce el sostenido incremento en el número de casos diagnosticados con trastorno alimentario (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech, 1995), lo cual supone la necesidad de usar escalas psicométricas que permitan realizar, por un lado, la evaluación de conductas de riesgo y, por otra, el seguimiento de las personas clínicamente afectadas.

Por tanto, se parte del hecho de que toda investigación que pretenda establecer la ocurrencia o prevalencia de los trastornos alimentarios y de sus indicadores de riesgo en población mexicana, requiere como punto de partida contar con procedimientos confiables y válidos de detección y evaluación. Lo cual además, favorecería que más tarde se pudiese enriquecer la definición, delimitación y comprensión de los trastornos alimentarios, sobre todo en lo que a la población mexicana y latina refiere.

Lo anterior posibilitaría acceder a investigar y determinar las líneas de conexión así como los límites entre: la alimentación normal, los indicadores de factores de riesgo —lo que remite a poblaciones comunitarias, de riesgo y subclínicas—, a los trastornos de la conducta alimentaria no específicos, y finalmente, a los síndromes de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

De modo que, como se refiere actualmente en la literatura especializada, si la dieta o el patrón alimentario restrictivo es el punto de enlace entre la alimentación normal y la patología alimentaria, esto tendría implicaciones no sólo para la formulación del diagnóstico, y por tanto de la práctica clínica, sino también a nivel profiláctico o preventivo.

Si bien actualmente existen diversas herramientas para la detección, valoración y diagnóstico de los trastornos alimentarios, éstos han sido empleados básicamente en población estadounidense, canadiense o europea. No obstante, es indispensable

realizar el consecuente estudio de confiabilidad y validez para fundamentar la viabilidad de su uso en poblaciones mexicanas. Sobre todo, retomando el hecho de que si bien se ha pretendido delimitar los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios, estos refieren básicamente a población en fase clínica.

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue valorar las propiedades psicométricas en población mexicana de dos instrumentos diseñados para detectar trastornos alimentarios: El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Test de Bulimia (BULIT).

## ANTECEDENTES TEÓRICOS

### 1. ALIMENTACION NORMAL Y PATOLOGIA ALIMENTARIA

#### 1.1. Psicología de la alimentación

La alimentación si bien es irrefutable reconocer que desempeña un papel básico e inherente al desarrollo de todo ser humano, en medida que está cimentado en un requerimiento fisiológico, también se debe aclarar que alimentación no es lo mismo que nutrición, términos que frecuentemente y de manera errónea son usados como sinónimos.

Higashida (1991) distingue entre estos dos términos: la *alimentación* es una acción voluntaria mediante la cual el sujeto ingiere comestibles, la cual está sujeta a una amplia variabilidad en función de la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo; mientras que la *nutrición* es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos.

De tal modo, se puede observar que si el proceso fisiológico denominado nutrición es semejante entre un individuo y otro, el proceso llamado alimentación adopta distintas formas de país a país, de región en región, de un estrato social a otro, de familia en familia, entre un miembro y otro de una misma familia, e inclusive en términos generales, puede tener variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto situacional en que se encuentre. Asimismo, esta variabilidad en las formas o estilos alimentarios puede observarse en diversos aspectos o parámetros como son: el número de comidas al día; sus horarios; alimentos más frecuentes en la dieta; los evitados y

erradicados de la dieta; la manera de prepararlos y combinarlos; el número y tamaño de las porciones; y así hasta llegar a los ritos sociales, familiares e individuales que rodean al acto de comer (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

Es en vista de la complejidad del fenómeno alimentario, que algunos autores como Bourges (1987) establezcan que la alimentación en el ser humano ha dejado de ser la respuesta a una mera necesidad instintiva, para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden, esto es: psicológico, social y cultural. Asimismo, agrega que la alimentación obedece en mayor parte a los hábitos y costumbres (Bourges, 1990), los que se conservan en medida de un conformismo, ya que pueden resultar placenteros o bien porque se estructuran a partir de la práctica repetida, hasta que llegan a formar parte del individuo mismo; de modo tal, que se van adquiriendo y modulando a lo largo de la vida.

Así, dependiendo de la tecnología disponible, de los recursos del medio circundante y de las preferencias, los hábitos alimentarios están altamente influidos por el ambiente físico, económico, familiar, social y cultural, los cuales tienden a preescribir o crear exigencias con respecto al consumo de determinados alimentos (Ocampo, Mancilla y López, 1996), independientemente del valor nutritivo real (dietas estereotipadas, excesos o déficits en uno o varios nutrimentos, etc.).

Desde este punto de vista, el estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica, lo que inevitablemente exige una aproximación multifactorial que conciba al individuo como una unidad funcional, es decir, desde una perspectiva biopsicosocial (Barber *et al.*, 1995). De tal modo, que el comportamiento alimentario representa además una forma de intercambio del individuo con su entorno, ya que el hombre aprende a alimentarse a partir del contacto con otras persona, de ahí que se diga que el comer es un acto social.

Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990) refieren que las vinculaciones entre la comida y el afecto se establecen en las primeras etapas de la vida, ya que las

vivencias de satisfacción o de frustración (hambre) van modelando la expresión de conflictos emocionales, que pueden estar relacionados con la inseguridad, el miedo y la frustración. Por ejemplo, Gold (1976) clasificó en tres mecanismos al patrón alimentario en su asociación con el ajuste emocional:

- a) la actividad oral funciona como un mecanismo de ajuste ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración,
- b) el hambre reemplaza situaciones de excitación melancolía o ira, y
- c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Asimismo, otros autores indican que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de ingesta (Mahoney, 1985; Saldaña y Rosell, 1988). Szamos (1994) refiere que los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, de modo que algo anda mal y se come para expresarlo. De tal forma, que la preocupación por la talla es una distracción conveniente y socialmente aceptada, que aleja al sujeto de aquellas razones más complejas y profundas que jamás se resolverán con fuerza de voluntad, conteo calórico y ejercicio. La autora menciona que se abusa de la comida aunque no se tenga hambre, como un apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, la ira reprimida y el dolor.

También se debe considerar el contenido cultural del comportamiento alimentario, dado que expresa significados manifiestos y ocultos a través de los cuales se conocen acontecimientos especiales para una familia o costumbres sociales de un país, los que están íntimamente relacionados con los conceptos que se tengan de lo que es una alimentación normal e incluso la salud (Vázquez, 1996). Quizás por ello, que se asocian al comportamiento alimentario múltiples circunstancias que con frecuencia resultan emocionalmente importantes, y se pueda investir a la alimentación con múltiples signos y significados que van más allá de lo nutricional (los trastornos alimentarios son un ejemplo).

## 1.2. Patologías alimentarias

Actualmente parece ser un lugar común establecer una unidad mente-cuerpo, sin embargo en el caso de los trastornos de la alimentación éstos parecen estar disociados, y por tanto, se tiene a una "mente" que pretende saber mejor que el "cuerpo" lo que éste requiere o no, sin aparentemente hacer caso de su demanda, que bajo estas condiciones puede ser sobre-colmada, ignorada e incluso castigada. Pareciera entonces, que el individuo se enfrenta a una "encrucijada psicobiológica" (Johnson y Maddi, 1988), donde la motivación biológica (ciclo hambre-saciedad) se enfrenta a la psicológica (compensación-autocontrol), con las demandas y motivaciones que éstas implican.

Por tanto, para hablar de alimentación humana no basta con centrarse en el estudio del organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar lo psicológico, social y cultural que aquélla incluye. Este parece ser el camino para aproximarse al estudio de las patologías alimentarias, las que hasta hace poco más de tres décadas han sido identificadas y denominadas como trastornos de la conducta alimentaria, términos que invariablemente llevan a pensar en procesos anormales de la alimentación.

¿Pero qué es una alimentación normal? Como establecen Polivy y Herman (1987), actualmente resulta complicado dar respuesta a esta interrogante, sobre todo cuando se observa que la gente se preocupa más por los aspectos relacionados con el sabor y la atmósfera que rodea a las comidas, que por la ingestión de la cantidad indispensable de energía para su funcionamiento óptimo e integral.

Contrariamente, en nuestra sociedad existe una suma preocupación por la comida, las dietas, la imagen y la figura (Garner, 1997), por lo que las preferencias sociales por la delgadez — y sus no claras ventajas sobre el estado de salud — han afectado a la conducta alimentaria, así como a las actividades que giran alrededor de la

comida. De hecho, parece imponerse la idea de que actualmente el régimen alimentario normal implica practicar una dieta *restrictiva*. Sin embargo, Attie y Brooks-Gunn (1989) subrayan que lo normativo no es sinónimo de la normalidad, de modo que si la dieta está extensamente difundida entre ciertos grupos de mujeres, es ignorando sus lamentables efectos sobre la salud.

Los resultados de una encuesta titulada "Feeling fat in a thin society" (*Sintiéndose gorda en una sociedad delgada*, cit. en Szamos, 1994), reportan que el 75% de las mujeres norteamericanas encuestadas dijeron sentirse gordas, el 9% manifestó que su peso era un factor determinante en cómo se sentían con ellas mismas, mientras que más de la mitad eligieron bajar de peso como la opción que les otorgaría mayor felicidad. Además, se detectó que el 25% de los hombres y el 50% de las mujeres de la Unión Americana practican recurrentes dietas, pese a que 9 de cada 10 personas que pierden peso con la realización de una dieta, posteriormente lo recuperan. Mientras que en Noruega, Wichstrom (1995) observó que el 42.5% de las adolescentes respondieron que regularmente o siempre están preocupadas por un deseo de adegazar y el 24.4% de las mujeres encuestadas reportaron estar involucradas regularmente o siempre en una dieta de tipo restrictivo. Por lo que en opinión de Cash y Henry (1995), actualmente se puede hablar en las mujeres de un "descontento normativo" respecto a su imagen corporal.

Garner, Polivy y Garfinkel (1984) refieren que los "dietistas normales" comparten algunas características con los que presentan trastornos alimentarios, particularmente en términos de preocupación por el peso, apariencia y conductas alimentarias (Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996). De ahí, que parezca pertinente considerar la precisión que realizan Polivy y Herman (1987), respecto a que no todas las "dietistas" tienen un trastorno alimentario de significación diagnóstica, pese a que el factor dieta *restrictiva* puede estar estrechamente asociado a los trastornos alimentarios.

En este punto, se destaca el calificativo "restrictiva" del sustantivo "dieta", en razón de que éste es también un término que por ser de uso común ocasiona múltiples



confusiones, por lo que se subraya la necesidad de precisar que si bien el término dieta engloba todo aquel alimento considerado en la ingesta de un individuo, de modo que supone todo lo que un individuo come o debiese comer, de ahí que existan múltiples modelos de dietas y se enuncie la importancia de una dieta "saludable" o balanceada", habría que aclarar que este término no presupone necesariamente el entendido de una restricción, omisión o evitación de algún tipo de alimento (*dieta restrictiva*), y mucho menos entender a la dieta como la evitación en sí misma de la alimentación (ayuno).

Ante esta complejidad, Garfinkel y Dorian (1997) previenen acerca de la importancia de no perder de vista que los trastornos alimentarios se ven afectados por los vertiginosos cambios que se suceden en el mundo —culturalmente hablando—, de modo que sugieren la necesidad de realizar una constante y permanente reexaminación de estos, con la finalidad de estar en posibilidad de generar modelos que puedan anticipar dichos cambios, orientando de esa forma tanto a las futuras líneas de investigación como de intervención.

Los trastornos de la alimentación descritos por la American Psychiatry Association (1994) en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* son seis: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Sobreingesta, Trastorno alimentario no específico, Pica y Rumiación. Sin embargo, estos dos últimos fueron reclasificados en la sección: Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez.

Mientras que la obesidad, si bien está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que desde su punto de vista no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Al respecto, existe una polémica en lo que a su etiología refiere: biológica versus mental, así como por su estrecha relación con la alimentación compulsiva (Alvarez, Mancilla y López, 1996; Alvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López, 1998). Sin embargo, en el DSM-IV se sugiere que cuando existen pruebas de que factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o

en el curso de algún caso de obesidad, puede remitirse éste a la categoría: Factores psicológicos que afectan al estado físico.

Con respecto al trastorno por sobreingesta (binge eating disorder), éste apenas fue incluido, ya que en el DSM-III-R (APA, 1988) no se consideraba. La necesidad de su inclusión fue destacada en un reporte realizado por Wilson y Walsh (1991), a partir de una investigación documental, así como por un sondeo que llevaron a cabo con los principales especialistas, quienes proponían que recibiera el estatus de un trastorno específico, sustentado esto en su alta ocurrencia y a que en la formulación del diagnóstico se solía incluir dentro de la categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados, lo que en su opinión creaba confusión.

En el DSM-IV (APA, 1994) si bien se ha formalizado su inclusión en dicha categoría (corresponde específicamente al trastorno No. 6), la que a su vez remite a otra categoría, la de aquellos trastornos que aún requieren de mayor investigación, a la que denominan como: Criterios y Ejes Propuestos para Estudios Posteriores. En términos generales, este diagnóstico se aplica al subgrupo de pacientes obesos y de individuos de peso normal, que exhiben episodios de hiperfagia clínicamente significativos, pero no emplean métodos de control de peso, como pueden ser las conductas compensatorias (Mora y Raich, 1994a).

La categoría del DSM-IV (APA, 1994) denominada como trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE en español o EDNOS= eating disorders not otherwise specified, en inglés), además incluye aquellos trastornos del comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los trastornos específicos, los que serán descritos más adelante en los capítulos destinados a la anorexia nerviosa (AN) y a la bulimia nerviosa (BN), pero pueden ser igualmente graves. En esta categoría se incluyen aquellos casos que:

- 1) Cumplen todos los criterios de la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- 2) Cumplen todos los criterios de AN, excepto que, a pesar de existir una

pérdida de peso significativa de peso, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- 3) Cumplen todos los criterios de BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses
- 4) Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- 5) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6) Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria (*Binge eating disorder*).

Estos trastornos de la conducta alimentaria se dan cuando los individuos interfieren el proceso normal de ingesta y regulación del peso corporal, generalmente tras una fase inicial de ayuno extremo o dieta restrictiva (Slade, 1996). En este punto, parece pertinente aclarar que estos trastornos tienen más que ver con las manifestaciones de abundancia que con las de privación, a diferencia de los trastornos por desnutrición (Sorosky, 1988). No obstante, sería un error creer que entonces éstos sólo se producen en los niveles socioeconómicos medio o alto (Dalle, De Luca y Oliosi, 1997; Rogers, Resnick, Mitchell y Blum, 1997) o en las sociedades desarrolladas —como tradicionalmente se creía—, ya que en países como México y otras economías emergentes tienen cada vez mayor prevalencia, pese a los problemas nosológicos y clínicos para su identificación y diagnóstico como trastornos de la alimentación, y no sólo como síntomas de otros trastornos (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Román, 1998).

En el presente trabajo si bien se precisará qué son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, se prestará especial atención a aquellos trastornos alimentarios que sin ser puramente anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, en razón de que no cubren todos los criterios prescritos en el DSM-IV (APA, 1994), están bastante cerca de serlo y normalmente se clasifican como trastornos de la alimentación no específicos o atípicos

(Vetrone, Cuzzolaro y Antonozzi, 1997), o que en el campo de la investigación Garner, Olmstead, Polivy y Garfinkel (1984) denominaron como *trastorno subclínico* o *síndrome parcial*. Esto en medida de que es específicamente con las poblaciones identificadas como de alto riesgo y/o subclínicas, con las que precisamente emerge la necesidad y posibilidad de considerar una función no sólo paliativa o de "cura", sino además, y en primer lugar, preventiva. Incluso, Hsu (1990) ha señalado que con el estudio de estos casos se podría acceder a una mejor comprensión de la etiología de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios que para este trabajo interesan son la anorexia y la bulimia nerviosas, en razón del aumento de su prevalencia, además de su delimitación y caracterización como trastornos mentales (Raich, 1994). Estos ocurren de forma predominante en las mujeres adolescentes y jóvenes, especialmente en aquellas mujeres ligadas al ámbito de la danza y el modelaje (Kaplan y Sadock, 1994), de ahí que se les identifique como poblaciones de alto riesgo.

Existen fuentes que refieren que del 2% al 3% de mujeres que pasan de 13 años de edad sufren de anorexia nerviosa, de bulimia nerviosa o ambos (Johnson y Connors, 1987). Asimismo, hay evidencias de que la bulimia es al menos dos veces más prevalente que la anorexia en mujeres, sin embargo, en los hombres esta tendencia parece revertirse, siendo más frecuente en ellos la anorexia (Hoek, Bartelds, Bosveld, Van del Graaf, Limpens, Maiwald y Spaaij, 1995). Kendler, Mac Lean, Neale, Kessler, Heath y Eaves (1991), con base en un estudio realizado establecieron que una de cada 25 mujeres está en riesgo de desarrollar el síndrome de bulimia nerviosa en algún momento de su vida. En tanto que la tasa de recuperación por bulimia — en un período de 5 a 10 años de seguimiento — se sitúa en el 50%, mientras que de la mitad restante el 20% permanece presentando los síntomas del síndrome (Keel y Mitchell, 1997).

Estudios retrospectivos de muestras clínicas han reportado que la edad de inicio de los trastornos alimentarios se sitúa entre los 14 y los 18 años (Levine y Smolak, 1992). Y si bien los trastornos alimentarios se dan predominantemente en mujeres

jóvenes, parece haber crecido en los últimos cinco años el porcentaje de varones afectados, pasando del 5% al 10% (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996); algunos autores refieren que parece observarse especialmente en los varones homosexuales (Carlat y Camargo, 1991; Herzog y Norman, 1984) o en aquellos inmersos dentro de algunas disciplinas artísticas (como la danza, el modelaje, la actuación, etc.), o deportivas (como el fisicoculturismo, la gimnasia, el boxeo, el atletismo, etc.). Sin embargo, ante esto Clarkson y Riedl (1997) previenen acerca de que los casos de patología alimentaria en el sexo masculino ameritan de un mayor estudio, en razón de que si bien está presente en ellos el deseo de adelgazar, existe un contrasentido respecto a la ponderación de la masa corporal, circunscribiéndose ésta al desarrollo muscular.

Respecto al vertiginoso aumento en la incidencia de los trastornos alimentarios Bruch (1982) se muestra escéptica, en razón de que desde su punto de vista, es muy probable que hasta antes de 1970 estos casos fueran etiquetados bajo otras categorías diagnósticas —particularmente bajo un rótulo endócrino—, por lo que refiere que no existe ninguna figura confiable acerca de la ocurrencia actual. Tan sólo recordemos que en los últimos 15 años los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se han modificado en tres ocasiones, además de crear las recientes categorías diagnósticas, ya mencionadas anteriormente.

Y si bien uno podría hablar de una "epidemia", cabe aclarar que dicho contagio no es de naturaleza orgánica, si no que parece estar relacionado a factores psicosociales. De acuerdo con Bruch (1982), las explicaciones para ese incremento en la ocurrencia son sólo especulativas, aunque el argumento común señala al énfasis cultural sobre la importancia de la delgadez como el factor determinante. Sin embargo, en su opinión ello no hace justicia a la complejidad del desorden, el cual refleja un trastorno mucho más severo que únicamente la dieta fuera de control; ya que el control normal del peso es diferente a la preocupación desesperada que se observa en el anoréxico.

Otro de los argumentos que apoya la postura de Bruch, es el que sostienen

algunos autores (Fombonne, 1996; Rodríguez *et al.*, 1996), para quienes de igual forma resulta peligroso sostener la aseveración de un aumento epidémico en la frecuencia de los trastornos alimentarios, sólo que sus razones no se basan únicamente en el punto de la especificación del diagnóstico, sino también en las divergencias metodológicas que se observan entre los estudios epidemiológicos que así lo sostienen.

Asimismo, el estudio de la patología alimentaria tanto en muestras clínicas como no clínicas ha revelado tres dimensiones relativamente independientes, pero interactivas, a lo largo de las cuales la conducta está organizada (Attie y Brooks-Gunn, 1992): 1) Alimentación normal versus patológica, 2) modo restrictivo versus bulímico y 3) salud versus mayor disturbio en el funcionamiento del Yo (trastornos de personalidad).

## 2. ANOREXIA NERVIOSA

### 2.1. Definición de conceptos

El término *anorexia* significa "ausencia de hambre", sin embargo éste ha ocasionado a lo largo de la historia de esta patología alimentaria algunas confusiones, en medida de que la anorexia bajo este significado puede aparecer como síntoma asociado a otras patologías, tanto orgánicas (metabólicas) como psicológicas, como lo es en el caso de la depresión.

Sin embargo, es indispensable distinguir entre la anorexia como un síntoma (anorexia secundaria), de lo que es la anorexia mental o bien, anorexia nerviosa, entendiendo a ésta básicamente como un síndrome (anorexia primaria), del cual destaca como síntoma principal una negación consciente a comer, resultado de una búsqueda deliberada de ser delgado y de mantenerse así, e incluso no es extraño que se le aúne además un trastorno de la imagen corporal (insatisfacción y distorsión), a partir del cual, pese a la persistencia de la emaciación, el progresivo adelgazamiento

siga siendo una meta a lograr (Bruch, 1982; Kaplan y Sadock, 1994). Lo que sucede es que la persona vivencia un intenso temor a engordar o a subir de peso, lo que la lleva a dejar de comer. Por lo que es característico que la anorexia nerviosa se acompañe de una negación del hambre, y no de la ausencia de ésta, como a veces se pensaba.

Al respecto, Debré *et al.* (1950, cit. en Kreisler, 1990) ya enunciaban la importancia de realizar una distinción entre el hambre y el apetito, de modo que el *hambre* es un estado somático provocado por la falta de alimentos; mientras que el *apetito* se caracteriza por un deseo de alimento, pero a partir de una relación estrechamente condicionada por una experiencia anterior y provocada por el interés por uno u otro alimento. El contenido implícito de esta distinción es que la ausencia de hambre es lo propio a un suceso somático (orgánico), y que el trastorno del apetito es de orden psicológico.

Por lo que surge una diferencia entre la Anorexia Nerviosa y la anorexia generalmente temporal que se da conjuntamente con algunas enfermedades como la gastritis, el cáncer de estómago o algunos trastornos psicopatológicos severos como la esquizofrenia o la depresión, en donde se manifiesta la falta de apetito (síntoma), pero no un temor mórbido a engordar o a subir de peso (Patton, 1993).

Por tanto, ante esto es pertinente subrayar que la anorexia nerviosa es básicamente entendida como un proceso psicopatológico. Incluso autores como Brusset (1990) consideran que el debate histórico al respecto puede considerarse cerrado, concretando que actualmente la mayoría de los autores están de acuerdo en atribuir una especificidad mental, afectiva o psicológica al trastorno, pese a que aún puedan existir tendencias psicósomáticas que abordan de nuevo, aunque en otros términos, el debate organogénesis/psicogénesis.

Y es que sin duda alguna la definición y delimitación nosológica de la anorexia nerviosa o anorexia mental, hasta su concepción actual no ha sido un camino fácil, tal y como ha sido en el caso de otras psicopatologías. Por lo que la concepción actual o

"moderna" de la anorexia nerviosa, de la cual parte la presente investigación, de ninguna forma es asumida como única y mucho menos aún como "acabada", sino como el resultado de un proceso sociohistórico tanto de las representaciones sociales como de las que de éstas se hacen las disciplinas clínicas, y de la cual sin duda no nos encontramos al margen. Hecho ante el cual, Duby (1993, cit. en Barriguete, 1995) formula una frase, la cual dice "... será la mirada de los hombres que gobiernan la ciudad lo que constituya su memoria y administre sus archivos".

## 2.2. Breve revisión histórica

Si bien los trastornos alimentarios han sido caracterizados como producto de una sociedad moderna, algunas evidencias han mostrado que su sintomatología existe desde tiempos remotos.

De acuerdo con Guillemot y Laxenaire (1994) se pueden diferenciar tres períodos sucesivos en la historia de las "ayunadoras" en Europa Occidental, a las que clásicamente se les ha concebido como las antecesoras de las anoréxicas.

Del siglo V al XVI, esencialmente en la literatura teológica, se refieren casos de mujeres jóvenes que empezaban a ayunar hasta llegar al total rechazo del alimento. Este hecho usualmente estaba sujeto a interpretaciones, que iban desde ser considerado como un signo de divinidad hasta una señal de posesión demoníaca. Si bien el modelo anoréxico-religioso vive su apogeo en dicho período histórico, como un testimonio de desprendimiento de los lazos terrenales y señal de espiritualidad, es progresivamente abandonado como camino hacia la santidad, en razón de que tal comportamiento empezó a levantar sospechas, ya que cundió la idea de que aquéllas "vivían más de un fuego interior" que de "alimentos terrestres", acercándose peligrosamente a la acusación por herejía o charlatanería (Bempoard, 1996).

Del siglo XVI al XVIII, las causas sobrenaturales siguen siendo la primera



explicación de los contados casos citados, no obstante los trabajos de la época se centran en determinar la tolerancia respecto a la duración del ayuno, sus modalidades prácticas o bien, descubrir los posibles fraudes.

De modo, que no es hasta después de la segunda mitad del siglo XIX, que nace el concepto de anorexia nerviosa, al cual diferencian del adelgazamiento de origen orgánico y empiezan a atribuirle una etiología de tipo psicológico. Así, las que antes eran juzgadas como "ayunadoras poseídas", santas o embaucadoras, ahora empezaban a ser investidas de otro estatus, el de enfermas. A partir de este momento, la anorexia nerviosa empieza a gestarse como categoría clínica y nosológica. Con relación a esto, Habermas (1989) establece que hasta antes de esta época las mujeres no sufrían propiamente de anorexia nerviosa, ya que faltaba un elemento básico, y es que los ayunos no parecían estar motivados por el temor mórbido a engordar. De acuerdo con Guillemot y Laxenaire (1994) esta fase puede dividirse en tres períodos:

El periodo de las *primeras descripciones clínicas*, se inicia a partir de la realizada por Morton en 1694, quien la denominó "consunción nerviosa" (Mateos y Solano, 1997), incluso se le atribuye a Morton la primera descripción de anorexia en un hombre, hace ya tres siglos (cit. en De la Serna, 1996). Más tarde fueron Láseque en Francia y Gull en Inglaterra, este último parte de suponer inicialmente una causa orgánica, sin embargo más tarde se inclina por la psicogénica de Láseque (Schutze, 1983). Posteriormente, ambos autores hacen referencia a la histeria y forjan la categoría anorexia-histérica. Sin embargo, Bruch (1973) al respecto puntualiza que las clásicas parálisis histéricas de esta época si bien se semejan a las mujeres histéricas modernas, en las que la anorexia se manifiesta por un "dejar de comer" —en razón del valor simbólico que le dan a la comida—, habría que distinguirlas de las "anoréxicas modernas", quienes tratan de negar su estado demacrado y frágil mostrándose hiperactivas. Pese a esto, Schutze (1983) refiere que son Láseque y Gull los primeros en mencionar el criterio que diferencia a la anorexia nerviosa de otras formas de adelgazamiento psicógeno: la fobia o temor mórbido a la obesidad e incluso al sobrepeso.

El periodo *somático* se caracterizaría por un retorno a las explicaciones fisiopatológicas, esto dentro de la lógica de los modelos científicos de la época, lo que implicaría sustentar una consideración actualmente asumida como más que errónea, y es la de confundir los efectos orgánicos del síndrome anoréxico con la causa de éste, y no concebirlos como consecuencia de la desnutrición que aquél conlleva.

El *regreso a las posturas psicológicas*, este periodo se caracteriza por la postulación de teorías psicodinámicas que pretenden comprender este síndrome; incluso, al parecer las primeras explicaciones que se formularon respecto a la anorexia fueron establecidas en términos psicodinámicos. Tan sólo apuntemos que algunas de las primeras disertaciones de Freud respecto a las sintomatologías corporales, se dirigieron a establecer que éstas son simultáneamente traducción de un conflicto y de un mecanismo de defensa contra ese conflicto (considérese el caso de Elizabeth von R.), y ya desde 1887 a 1902, en sus cartas a Fliess, asocia a la anorexia con el estado de melancolía (cit. en Mintz, 1989).

Desde el punto de vista de Bruch (1982), el psicoanálisis jugó un papel importante en la nueva comprensión de los factores psicológicos. Su foco de investigación se situó sobre la función alimentaria perturbada, el "componente oral"; así, la anorexia nerviosa fue vista como una forma de histeria de conversión, que simbólicamente expresaba repudio a la sexualidad. Este punto de vista dominó el campo durante los años 40's y 50's, aunque actualmente son varios los autores que aún lo promulgan.

### 2.3 Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa

Para la formulación del diagnóstico de Anorexia Nerviosa se sugiere en el DSM-IV que deben cubrirse los siguientes cuatro criterios (APA, 1994):

- A) Peso corporal un 15% por debajo del peso teórico, conforme a la edad y talla, así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal;
- B) temor intenso a ganar peso o acumular grasa, aún sin tener sobre-peso;
- C) alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; y
- D) ausencia de al menos tres ciclos menstruales.

En el DSM-III-R (APA, 1988) se mencionaba que en ocasiones la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pueden presentarse conjuntamente, sugiriendo en tales casos realizar un doble diagnóstico. Sin embargo, en los criterios del DSM-IV se observan estos más específicos y delimitados, de modo que facilitan el diagnóstico diferencial. Además en esta última versión se establecen subtipos dentro de las dos categorías diagnósticas. Los correspondientes a la anorexia nerviosa son:

- I) Tipo restrictivo.- durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (auto-provocación del vómito, o el consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos).
- II) Tipo compulsivo/ purgativo.- durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas.

Aunque cabe aclarar que antes de la formulación e inclusión de estos subtipos en el DSM-IV, innumerables autores ya los empleaban en sus investigaciones y/o reportes clínicos, de modo que algunos ya distinguían a la anorexia restrictiva de la anorexia compulsiva, la cual sin embargo era entonces denominada anorexia-bulímica (Garfinkel y Garner, 1982; Levin y Hyler, 1986; Swift y Stern, 1982). Y es que los métodos de clasificación y diagnóstico de la anorexia nerviosa han cambiado en las últimas décadas, como resultado de la comprensión que se ha desarrollado en la psicopatología de este trastorno.

## 2.4. Caracterización psicológica de la anorexia nerviosa

De acuerdo a la caracterización que hace Thoma (1967) del síndrome de anorexia nerviosa, éste engloba:

- 1) La edad de inicio es generalmente la pubertad;
- 2) los pacientes son predominantemente mujeres;
- 3) la reducción en la ingesta de alimentos está psíquicamente determinada;
- 4) cuando aparecen vómitos espontáneos o autoinducidos, se establece el diagnóstico de anorexia-bulímica;
- 5) amenorrea, cuyo origen es psíquico, y aparece antes o —lo que es menos frecuente— después del comienzo de la pérdida de peso;
- 6) constipación, la cual puede servir como excusa para el consumo de laxantes y/o diuréticos; y
- 7) emaciación, con los consecuentes efectos metabólicos de la desnutrición, que incluso en casos severos puede conducir a la muerte.

No obstante, caben dos aclaraciones que se juzgan pertinentes a la luz de los criterios diagnósticos delimitados en el DSM-IV (APA, 1994) y que no son especificados en la caracterización de Thoma:

- a) No se contempla en ella a la fobia o temor mórbido a la obesidad o sobrepeso, ni tampoco al trastorno de la imagen corporal, al cual se ha observado estrechamente asociado;
- b) Thoma hace referencia a que la amenorrea asociada a la anorexia tiene un origen psíquico, que incluso generalmente antecede a la pérdida de peso, sin embargo en el DSM-IV se disiente ampliamente de esto, ya que se le considera más bien como un resultado del adelgazamiento.

Para Strober (1980), uno de los aspectos más enigmáticos de la anorexia

nerviosa es que ocurre en personas, que de acuerdo a lo reportado por sus familiares y profesores, son inusualmente buenos, exitosos y gratificantes cuando niños. Sin embargo, el inicio de la anorexia se acompaña por marcados cambios en la conducta, por lo que previamente el joven empieza a mostrarse negativo, voluble y violento.

Bruch (1982) refiere una caracterización psicológica de los pacientes anoréxicos, observando que:

- a) Experimentan un sentimiento de actuar únicamente en respuesta a las demandas de otros y no bajo sus propias necesidades;
- b) la percepción de sus propias sensaciones corporales está alterada, por lo que no pueden identificar adecuadamente sus sensaciones ni emociones;
- c) no perciben su pérdida de peso y enuncian no "ver" eso como anormal o desagradable;
- d) experimentan su cuerpo con extrañamiento, escindido de su Yo psicológico, o bien, como la posesión de sus padres;
- e) la disciplina rígida sobre su alimentación, con la visible pérdida de peso, los hace experimentar efectividad en una área de su vida, *sin embargo lo desarrollan como un desafío y no como una expresión de fuerza e independencia;*
- f) *el trastorno usualmente se manifiesta en un momento en que los individuos son enfrentados a nuevas experiencias y expectativas, por ejemplo: inicio de estudios superiores, desintegración familiar, inicio de su vida sexual, etc.; y*
- g) son deficientes en su sensación de autonomía y tienen dificultad para la toma de decisiones, continúan funcionando con la moralidad y estilo de comportamiento de los *niños pequeños, en las operaciones conceptuales y concretas, lo que Piaget denominaría como el periodo egocéntrico, de modo que las operaciones formales —características de la adolescencia— así como la habilidad de realizar nuevas operaciones abstractas y de evaluación son deficientes o completamente ausentes en los anoréxicos.*

Por otro lado, Brusset (1990) caracteriza el comportamiento de los anoréxicos a partir de tres particularidades:

- 1) Existe una polarización de los intereses y preocupaciones del sujeto, respecto al alimento-no alimento y acto alimentario-no acto alimentario;
- 2) provoca cambios —a veces espectaculares— en la apariencia física y vivencia corporal; y
- 3) suscita reacciones intensas por parte del entorno, como un desafío o provocación que no puede quedarse sin respuesta.

Como se puede observar, cada uno de los últimos tres aspectos implica percibir una lógica de tipo circular, de ahí la inercia, es decir la repetición y por tanto la resistencia al cambio.

### 3. BULIMIA NERVIOSA

#### 3.1. Definición de conceptos

Respecto a la bulimia nerviosa, el término "bulimy" en griego significa "hambre voraz" (Kaplan y Garfinkel, 1984) o "hambre canina"; literalmente deriva de los conceptos "buey" y "hambre" en griego y "hambre voraz" en latín. El término bulimy se ha dado por traducir al inglés como "binge eating", el cual no tiene una traducción literal al español, y refiere a una "parranda o fiesta alimentaria", y se ha dado por traducir al español como "atracción" o "sobreingesta alimentaria", en los que se aúnan el descontrol y el placer.

Esta conducta si bien caracteriza parte de la sintomatología bulímica, también puede ser confundida con aquellos episodios de ingesta exagerada que se manifiestan

Por otro lado, Brusset (1990) caracteriza el comportamiento de los anoréxicos a partir de tres particularidades:

- 1) Existe una polarización de los intereses y preocupaciones del sujeto, respecto al alimento-no alimento y acto alimentario-no acto alimentario;
- 2) provoca cambios —a veces espectaculares— en la apariencia física y vivencia corporal; y
- 3) suscita reacciones intensas por parte del entorno, como un desafío o provocación que no puede quedarse sin respuesta.

Como se puede observar, cada uno de los últimos tres aspectos implica percibir una lógica de tipo circular, de ahí la inercia, es decir la repetición y por tanto la resistencia al cambio.

### 3. BULIMIA NERVIOSA

#### 3.1. Definición de conceptos

Respecto a la bulimia nerviosa, el término "bulimy" en griego significa "hambre voraz" (Kaplan y Garfinkel, 1984) o "hambre canina"; literalmente deriva de los conceptos "buey" y "hambre" en griego y "hambre voraz" en latín. El término bulimy se ha dado por traducir al inglés como "binge eating", el cual no tiene una traducción literal al español, y refiere a una "parranda o fiesta alimentaria", y se ha dado por traducir al español como "atracción" o "sobreingesta alimentaria", en los que se aúnan el descontrol y el placer.

Esta conducta si bien caracteriza parte de la sintomatología bulímica, también puede ser confundida con aquellos episodios de ingesta exagerada que se manifiestan

en algunas situaciones ya sea de tipo emocional, social o clínica. Tal es el caso de aquellas personas que frente a una situación de estrés ingieren más alimentos de los habituales, o algunos adolescentes (particularmente varones) que debido a su *desarrollo puberal generan gran asombro por las copiosas ingestas en las que se involucran.*

Fairburn y Beglin (1990) enfatizan que los criterios diagnósticos originales del DSM-III de 1980 fueron sobre-inclusivos, en razón de su énfasis en la *bulimia como sintoma de una alimentación descontrolada y como opuesta a la bulimia Nerviosa entendida ésta como un síndrome clínico.* Por lo que habría que distinguir entre esta bulimia considerada como síntoma o resultado situacional ante un estado del desarrollo, y el síndrome de bulimia nerviosa, el cual se relaciona más bien con una falta de control sobre la ingesta, que conlleva al "atacón" (binge eating) y a la consecuente adopción de conductas compensatorias, como una forma de evitar el sobrepeso, ya que al igual que en el caso de la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa también está de trasfondo un temor mórbido ante la idea de aumentar de peso. Así como diferenciar al término *bulimia del concepto de bulimia nerviosa, entendiendo a este último como un síndrome.*

Ya que el término *bulimia* —como tradicionalmente y de forma errónea ha sido empleado por muchos autores en la literatura— correspondería más bien al trastorno de alimentación compulsiva, establecido recientemente en el DSM-IV (APA, 1994), ya que en éste la persona si bien se involucra en frecuentes atracones o parrandas alimentarias, lo hace en ausencia de las conductas compensatorias (Kaplan y Sadock, 1994; Thomas, Turón, Sánchez y Vallejo, 1992). Siendo además el síntoma de bulimia (referente a la sobrealimentación) mucho más prevalente que el síndrome de bulimia; pudiendo presentarse éste entre poblaciones de bajo peso, normo-peso y sobre-peso (Wolf y Crowther, 1983).



### 3.2. Breve revisión histórica de la bulimia nerviosa

Los primeros antecedentes del comportamiento bulímico son situados por algunos autores desde los grandes "bacanales" romanos, en los que los asistentes engullian los copiosos banquetes para posteriormente provocarse el vómito y reiniciar su glotonería (Fischer, 1976, cit. en Blinder y Cadenhead, 1988). En el caso de la cultura egipcia, se consideraba a la comida como factor etiológico de diversas enfermedades, por lo que se promovía la purga deliberada (Bliss y Branch, 1960, cit. en Crowther, Wolf y Sherwood, 1992).

En el Talmud (400-500 a.C.) el término *boolmut* se emplea para describir a un síndrome, en el cual una persona está tan agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento, así como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos, se encuentran menoscabados. Este síndrome era considerado de peligro mortal. No obstante, es posible que determinados cuadros clínicos (por ejem. el insulinooma) fueran incluidos dentro de este término descriptivo (Van der Eycken, 1985).

Mientras que en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, la bulimia fue descrita generalmente como una "curiosidad médica" o bien, el síntoma de otras enfermedades (Blinder y Cadenhead, 1988). Asimismo, gran parte de los primeros escritos sobre bulimia se asocian con la *anorexia nerviosa*. Incluso, a mediados de este siglo aún resultaba complicado discernir entre ambos trastornos. Bruch (1962) si bien se había percatado en su práctica clínica de la presencia de la sobrealimentación, la *auto-provocación del vómito* y del abuso de laxantes y enemas, consideraba a la bulimia sólo como una variante del estilo de alimentación y dieta de las pacientes con *anorexia nerviosa* y no lo identificaba como un síndrome diferenciado. Además, es un hecho comprobado que un gran porcentaje de bulímicas presenta antecedentes de haber padecido *anorexia nerviosa* (Turón, 1997).

De ahí, que durante muchos años se describieran los síntomas clínicos de bulimia en pacientes no anoréxicas (Abraham, 1916, Bruch, 1962, Kirshbaum, 1951, cits. en Blinder y Cadenhead, 1988); no obstante, estos síntomas fueron considerados generalmente la consecuencia de estados neuróticos, más que de un síndrome diferenciado. El reconocimiento de la bulimia como un síndrome particular sobrevino hasta que se hizo evidente que sus síntomas acaesian en individuos que no tenían antecedentes de desórdenes en el peso como sucede en la anorexia nerviosa o en la obesidad (Palmer, 1998; Strangler y Prinz, 1980;). De este modo, la mayor experiencia clínica condujo a establecer un diagnóstico diferencial de la bulimia como un síndrome diferente al de anorexia nerviosa (Soundy, Lucas, Suma y Melton, 1995). Esto formalmente se suscitó hasta la tercera edición del DSM-III (APA, 1980), es decir, que esto no sucedió hasta hace poco más de dos décadas, dándose paso a la apertura de una nueva área de investigación.

Sin embargo, existen evidencias de que fue Russell (1979) quien hizo la primera descripción clínica exacta de la bulimia, e incluso el primero en adoptar el término *bulimia nerviosa*, término que si bien posibilita el diagnóstico diferencial, también evita la separación tajante que previamente se llegó a hacer entre la bulimia y la anorexia nerviosa (Raush y Bay, 1990).

Como puede verse, con respecto a la pertinencia conceptual de la bulimia existe una controversia, ya que lo que para algunos representó un logro con relación al diagnóstico diferencial (Strangler y Prinz, 1980), sobre todo sustentado en el significativo incremento del número de pacientes con anorexia nerviosa que presentan síntomas bulímicos, así como el de aquéllos que los presentan sin anorexia previa (Casper, 1983); para otros resulta hoy una categoría poco funcional (Wilson y Walsh, 1991).

### 3.3. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa

Para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa se contemplan los siguientes criterios (APA, 1994):

- A) Recurrentes episodios de ingesta compulsiva, caracterizados por:
    - A.1 Ingesta en un período corto de tiempo (menor a 2 hrs.) de una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de la gente ingeriría en ese período de tiempo;
    - A.2 sensación de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad, no pueden parar la ingesta ni controlar la cantidad de alimento;
  - B) recurrentes conductas compensatorias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, como la auto-provocación del vómito, empleo de laxantes y diuréticos, práctica de dietas estrictas o ayunos, o bien la realización de ejercicio excesivo;
  - C) la ingesta compulsiva y las conductas compensatorias inapropiadas deben ocurrir un promedio de al menos dos veces a la semana por tres meses;
  - D) la autovaloración está excesivamente influenciada por la figura y el peso;
  - E) los síntomas no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
- 
- I) Tipo con purga.- durante el actual episodio de bulimia nerviosa, los pacientes presentan regularmente las conductas compensatorias.
  - II) Tipo sin purga.- durante el actual episodio de bulimia nerviosa, la persona ha practicado conductas compensatorias inadecuadas como la dieta o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito regularmente ni usa laxantes, diuréticos o enemas.

Existen estudios que se han enfocado a evaluar la pertinencia de realizar la distinción conceptual y diagnóstica entre los dos tipos de bulimia, concluyendo que ésta posibilita una mejor diferenciación entre los tipos de conductas compensatorias empleadas por las bulímicas (Beumont, Kopec-Schrader y Touyz, 1995; Garfinkel, Lin,

Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, 1996). No obstante, es de llamar la atención el uso que también hacen algunos autores de un subtipo diferente de la bulimia, tal es el caso de la categoría: Bulimia de Peso Normal (Mitchell y Pyle, 1982; Raush y Bay, 1990), que refiere a pacientes que presentan episodios bulímicos pero su peso siempre ha estado en un rango normal o superior.

Aún en la actualidad, resulta tan complejo el proceso del desarrollo nosológico de los trastornos alimentarios, que en su investigación Wilson y Walsh (1991) señalan la posible pertinencia de que la anorexia-bulímica "matase" conceptualmente a la bulimia nerviosa, o bien que ésta se considere únicamente en los casos en que hay inducción de vómitos o el uso de laxantes y/o diuréticos. Esto pese a que autores como Sorosky (1988) destacan a la bulimia como el trastorno más desconcertante, en medida que puede coexistir con la obesidad, con la anorexia, o bien presentarse como una entidad aparte.

#### 3.4. Caracterización psicológica de la bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno complejo, y algunos factores individuales contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. Este trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en hombres, sobre todo en aquellas culturas en que se ejerce una fuerte presión social sobre la mujer respecto a la delgadez. Las personas con bulimia nerviosa invariablemente reportan que vomitan después de comer excesivamente, como un intento para perder peso o para prevenir su aumento. Además, se ha observado que las mujeres con bulimia nerviosa, no reflejan generalmente su femineidad o sexualidad adulta, e incluso muestran una exagerada necesidad de complacer y obtener la aprobación de los otros (Rosen y Leitenberg, 1985).

Por otro lado, se ha observado asociada a la bulimia nerviosa una preocupación excesiva hacia el peso y silueta (Garfinkel y Kaplan, 1996). Garfinkel (1992) ha señalado que el 97% de las bulímicas evaluadas presentaron una gran preocupación

por su peso o silueta, o por ambos.

En los modelos etiológicos más importantes de la bulimia nerviosa, se ha subrayado el papel jugado por la ansiedad, discutida en términos de "temor mórbido a la obesidad", el cual ha sido particularmente desarrollado por Rosen y Leitenberg (1985), identificando al constructo de ansiedad y su regulación, como centrales para la comprensión y tratamiento de la bulimia nerviosa. Ellos argumentan que la conducta vomitiva en este trastorno sirve para reducir la ansiedad, manteniendo una función similar a la de los rituales o conductas compulsivas de las neurosis obsesivas-compulsivas. Este modelo enfatiza el papel de las conductas compensatorias en el ciclo atracón-purga, en donde el vómito sirve como una respuesta de escape, al reducir la ansiedad sobre la imagen corporal y el peso (Fairburn, 1983, cit. en Schwalberg, Barlow, Alger y Howard, 1992).

En este punto, Pasamontes, Fernández, Turón y Vallejo (1998) aclaran con base en su experiencia clínica, que los pacientes bulímicos no siempre presentan pérdida de control con respecto al consumo abusivo de alimentos, ya que ellos han observado que cuando no es posible la realización de una conducta compensatoria tras el atracón, generalmente éste no suele producirse. Sin embargo, la prevalencia y/o incidencia de trastornos por ansiedad asociada a la presencia de bulimia nerviosa está ampliamente documentada.

Sin embargo, otros autores explican este círculo vicioso partiendo desde la restricción alimentaria, para ellos el atracón es una consecuencia lógica de la dieta restrictiva o hipocalórica, ya que ésta ocasiona apetito y la necesidad específica de hidratos de carbono, esa consecuente sobreingesta acompañada de la sensación de pérdida de control conduce al posterior sentimiento de culpabilidad e ineficacia. Como consecuencia de ello —y de la ansiedad producida por el miedo a engordar—, se recurre a la purga o conducta compensatoria inadecuada, la cual comienza a instaurarse como la vía para recuperar el control posterior al atracón, pero sin duda termina por convertirse en un nuevo fracaso como intento de control, ya que de hecho

el vómito o conducta compensatoria "legítima" el atracón, y por tanto, la pérdida de control. Lo anterior, como es de suponer, da paso nuevamente al ayuno o dieta restrictiva, consolidándose así el surgimiento de este círculo vicioso que representa la bulimia nerviosa (Crispo *et al.*, 1996; Polivy y Herman, 1987).

Por otro lado, en un estudio longitudinal realizado para evaluar la validez predictiva y estabilidad después de diez años respecto a cinco indicadores relacionados con la bulimia nerviosa (conducta bulímica, deseo de adelgazar, miedo a madurar, perfeccionismo y desconfianza interpersonal), observaron que estos se mantuvieron estables a lo largo de los diez años, por lo que concluyen que estas dimensiones pueden ser consideradas factores de riesgo, en medida que mostraron predecir a la bulimia nerviosa (Joiner, Heatherton y Keel, 1997). No obstante, De la Serna (1998) con base en un estudio reciente menciona que si bien no hay síntomas claramente predictores de la evolución de la bulimia nerviosa, la presencia o ausencia de vómitos sería lo más orientador en cuanto al pronóstico.

Los patrones alimentarios caóticos de la bulimia nerviosa además tienen una variedad de efectos psicológicos, incluyendo labilidad del estado de ánimo, trastornos del dormir, decremento en la capacidad de concentración e irritabilidad, además es común que estos pacientes puedan experimentar marcadas distorsiones en sus percepciones corporales (Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes y Lackstrom, 1993).

#### 4. EVALUACIÓN Y DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen puntos de convergencia entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y es que éstos comparten básicamente un deseo de adelgazar, y por tanto, una fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso, asociándose esto a un trastorno de la imagen corporal; de ahí que algunos autores establezcan como crucial para su gestación la creciente presión social respecto a la deseabilidad de la delgadez (Reiss, 1996; Toro,

el vómito o conducta compensatoria "legítima" el atracón, y por tanto, la pérdida de control. Lo anterior, como es de suponer, da paso nuevamente al ayuno o dieta restrictiva, consolidándose así el surgimiento de este círculo vicioso que representa la bulimia nerviosa (Crispo *et al.*, 1996; Polivy y Herman, 1987).

Por otro lado, en un estudio longitudinal realizado para evaluar la validez predictiva y estabilidad después de diez años respecto a cinco indicadores relacionados con la bulimia nerviosa (conducta bulímica, deseo de adelgazar, miedo a madurar, perfeccionismo y desconfianza interpersonal), observaron que estos se mantuvieron estables a lo largo de los diez años, por lo que concluyen que estas dimensiones pueden ser consideradas factores de riesgo, en medida que mostraron predecir a la bulimia nerviosa (Joiner, Heatherton y Keel, 1997). No obstante, De la Serna (1998) con base en un estudio reciente menciona que si bien no hay síntomas claramente predictores de la evolución de la bulimia nerviosa, la presencia o ausencia de vómitos sería lo más orientador en cuanto al pronóstico.

Los patrones alimentarios caóticos de la bulimia nerviosa además tienen una variedad de efectos psicológicos, incluyendo labilidad del estado de ánimo, trastornos del dormir, decremento en la capacidad de concentración e irritabilidad, además es común que estos pacientes puedan experimentar marcadas distorsiones en sus percepciones corporales (Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes y Lackstrom, 1993).

#### **4. EVALUACIÓN Y DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Existen puntos de convergencia entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y es que éstos comparten básicamente un deseo de adelgazar, y por tanto, una fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso, asociándose esto a un trastorno de la imagen corporal; de ahí que algunos autores establezcan como crucial para su gestación la creciente presión social respecto a la deseabilidad de la delgadez (Reiss, 1996; Toro,

Salamero y Martínez, 1994). Esta deseabilidad ha cobrado tanta importancia como modelo, que incluso algunos autores (Polivy y Herman, 1987) encuentran paradójico hablar y aún más preescribir actualmente lo que implica una conducta alimentaria normal, cuando pareciese que hoy la alimentación "normal", implica una alimentación restringida, permeada por el régimen dietético. Sobre todo es de destacar que ésta no responde a una sensibilización respecto a las ventajas de éstos sobre la salud (Vera, 1998), sino más bien la necesidad de lograr una imagen corporal preescrita como ideal social.

Las influencias culturales relevantes en su asociación con los trastornos alimentarios son todas aquéllas que contribuyen de un modo u otro a provocar, facilitar o justificar la delgadez (Hohlstein, Smith y Atlas, 1998; Martínez, Toro y Salamero, 1996), y por tanto las motivaciones y prácticas adelgazantes, que se justifican con base a razones estéticas y sociales. Son una serie de valores que constituyen lo que se ha denominado la "cultura de la delgadez".

Incluso, el régimen dietético ha sido vinculado por algunos autores con los trastornos mayores de la alimentación (Polivy y Herman, 1987; Streigel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). De modo tal, que si bien la anorexia y bulimia nerviosas reflejan una acentuada preocupación por su peso, las "dietistas normales" parecen estar igualmente preocupadas. Por tanto, la insatisfacción con la imagen corporal puede ser considerada un factor de riesgo para desarrollar el trastorno alimentario, pero no como un predictor suficiente por sí mismo para que aquél se desarrolle (Cooper y Goodyer, 1997; León, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993). Aunque se ha confirmado que en los trastornos alimentarios persiste una insatisfacción con la imagen corporal y un deseo o necesidad de lograr el estereotipo de perfección estética, entendida ésta como la esbeltez (Garner *et al.*, 1984; Garner, Olmsted y Garfinkel, 1983;), sobre todo si se aúna con rasgos de un tipo específico de personalidad: la obsesiva en la anorexia nerviosa (Davis, Kaptein, Kaplan, Olmsted y Woodside, 1998) y la limitrofe en el de la bulimia nerviosa (Lilenfeld, Kaye, Greeno, Merikangas, Plotnicov, Pollice, Rao, Strober, Bulik y Nagy, 1998).



#### 4.1. Modelos etiológicos y explicativos de los trastornos alimentarios

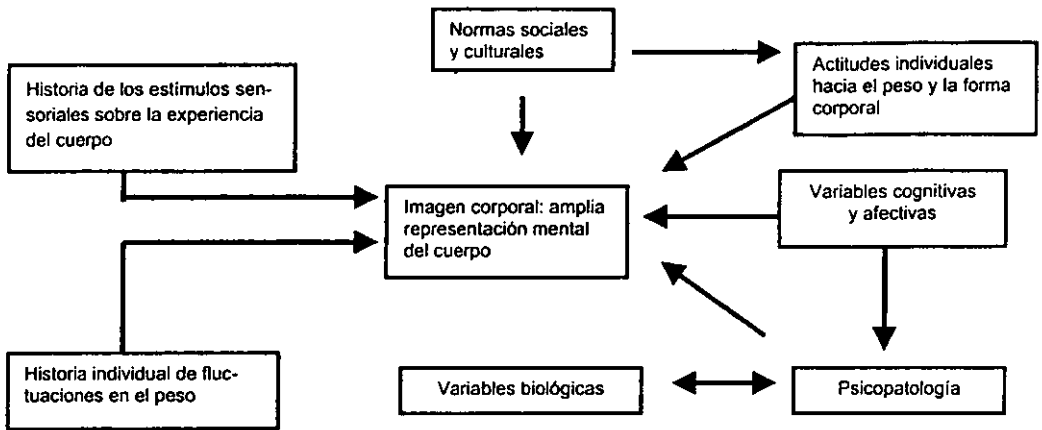
La asociación entre la presión sociocultural, la imagen corporal y los trastornos alimentarios ha sido visualizada por diversos autores en la literatura (Abood y Chandler, 1997; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987; Raich, Mora, Soler, Avila, Cios y Zapater, 1996; Rosen, 1990), incluso el trastorno de la imagen corporal es uno de los criterios diagnósticos —de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994)— a considerar en la evaluación de los trastornos alimentarios.

Sin embargo, otros autores (Fernández, Probst, Meerman y Vandereycken, 1994) han alertado respecto a que la estimación distorsionada del tamaño corporal no parece ser un rasgo distintivo de las pacientes con trastorno alimentario, contrario a lo que sucede respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, la cual si se correlaciona negativamente con la estimación del tamaño del cuerpo ideal, aunque no así con la estimación del tamaño del cuerpo actual o "real".

Slade (1994) estructuró un modelo general de imagen corporal en su asociación con los trastornos alimentarios (ver Figura 1). Además, algunos de los síntomas de anorexia y bulimia se han observado en dietistas normales, mientras que la "parranda alimenticia" o "atracones" y la auto-provocación del vómito se han identificado en dietistas extremas, sin mostrar ningún otro rasgo psicopatológico (Thompson y Schwartz, 1982, Wardle 1980, Wardle y Beinart, 1981, cits. en Polivy y Herman, 1987).

De tal forma, que la autopercepción de sobrepeso u obesidad (Wonderlich, Peterson y Mitchell, 1997), esta última sobre todo parece desencadenarse en la etapa de la pubertad o la adolescencia, cuando se suceden cambios corporales significativos (Hayward, Killen, Wilson, Hammer, Litt, Kraemer, Haydel, Varady y Taylor, 1997), provocando generalmente una vulnerabilidad o un franco déficit en la autoestima (Button, Sonuga, Davies y Thopson, 1996), a partir de lo cual suelen gestarse las consecuentes estrategias paliativas, como realizar ejercicio excesivo (Wichstrom, 1995)

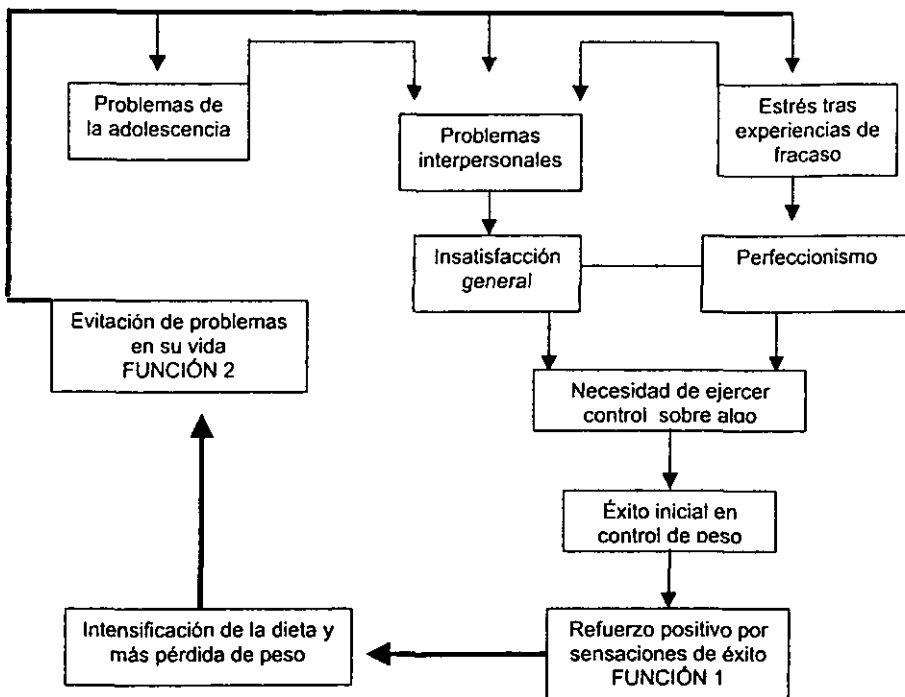
o regímenes dietéticos restrictivos (Mora y Raich, 1993), los que se pueden establecer como factores de riesgo para el surgimiento de la anorexia o de la bulimia nerviosa. Así, se identifica que una obesidad antecedente y la práctica de una dieta pudiesen ser la antesala de los trastornos alimentarios.



**FIGURA 1**

Modelo de imagen corporal – trastornos alimentarios (Slade, 1994, p. 56).

Sin embargo, esta fórmula no es tan simple y es necesario aclarar que si bien es un factor de riesgo, esta asociación no implica una relación uni-causal, puesto que si en algo existe acuerdo entre los investigadores y clínicos de los trastornos alimentarios, es en que éstos son fenómenos multicausales y por tanto multidimensionales. Slade (1982, cit. en Slade, 1996) establece un *modelo funcional para la anorexia nerviosa*, el cual derivó de las formulaciones clínicas realizadas sobre una serie de pacientes con trastorno alimentario y apoyó en datos procedentes de distintas investigaciones (ver Figura 2).



**FIGURA 2**

Modelo funcional simplificado de anorexia nerviosa (Slade, 1982, p. 62).

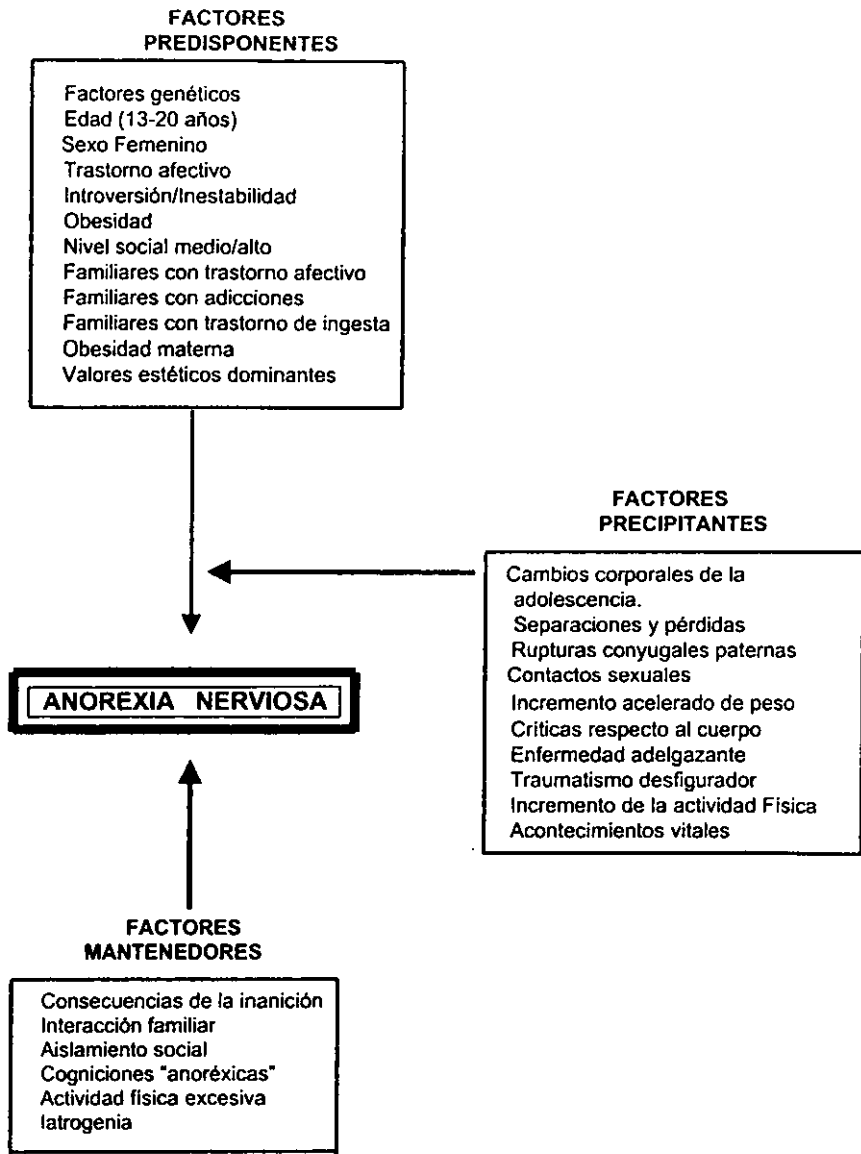
La característica principal de este modelo es que las condiciones esenciales para la conducta anoréxica se asientan en una combinación de perfeccionismo e insatisfacción general, las cuales parecen predisponer al individuo hacia la búsqueda de ejercer un autocontrol en general y más concretamente de control corporal.

De acuerdo con Garfinkel y Kaplan (1996), la probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación se asocia con la presencia de un número de factores de riesgo que se pueden concebir de manera general, como producto de la cultura, la familia y el individuo.

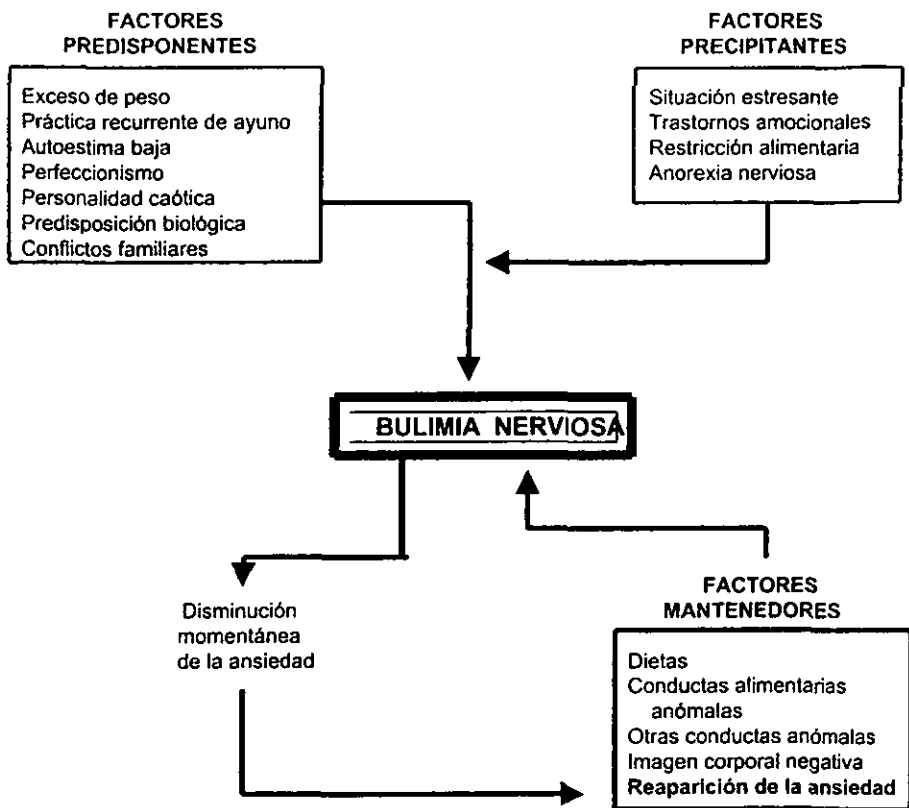
Toro y Vilardell (1987) retoman y amplían la clasificación estructurada por Garner y Garfinkel en 1978, respecto a los factores de riesgo asociados a la anorexia nerviosa, a los cuales dividen en predisponentes, precipitantes y mantenedores (ver Figura 3).

Al igual que a la anorexia nerviosa, a la bulimia nerviosa se le reconoce un origen multicausal (Halmi, 1997) y comparte con aquélla la clasificación de los factores de riesgo en: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Un esquema que representa este modelo es el de Cervera (1996), (ver Figura 4).

Una aproximación etiopatogénica a los trastornos alimentarios ha sido la de detectar y ponderar aquellos eventos de la vida (North, Gowers y Byram, 1997), situaciones sociales desajustadas (Horesh, Apter, Ishai, Danzinger, Miculincer, Stein, Lepkifker y Minouni, 1997); acontecimientos vitales estresantes que pueden precipitar el surgimiento de anorexia nerviosa (Díaz, Marcos, Zapata, Villegas, Sánchez y Blanquez, 1998; Schmidt, Tiller, Blanchart, Andrews y Treasure, 1997) o bulimia nerviosa (Kendler, Walters, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1995; Strober, 1984; Welch, Doll y Fairburn, 1997). Estos acontecimientos vitales —generalmente con ligeras variantes entre los distintos autores— son categorizados en: Familiares, Personales, Sociales y Escolares.

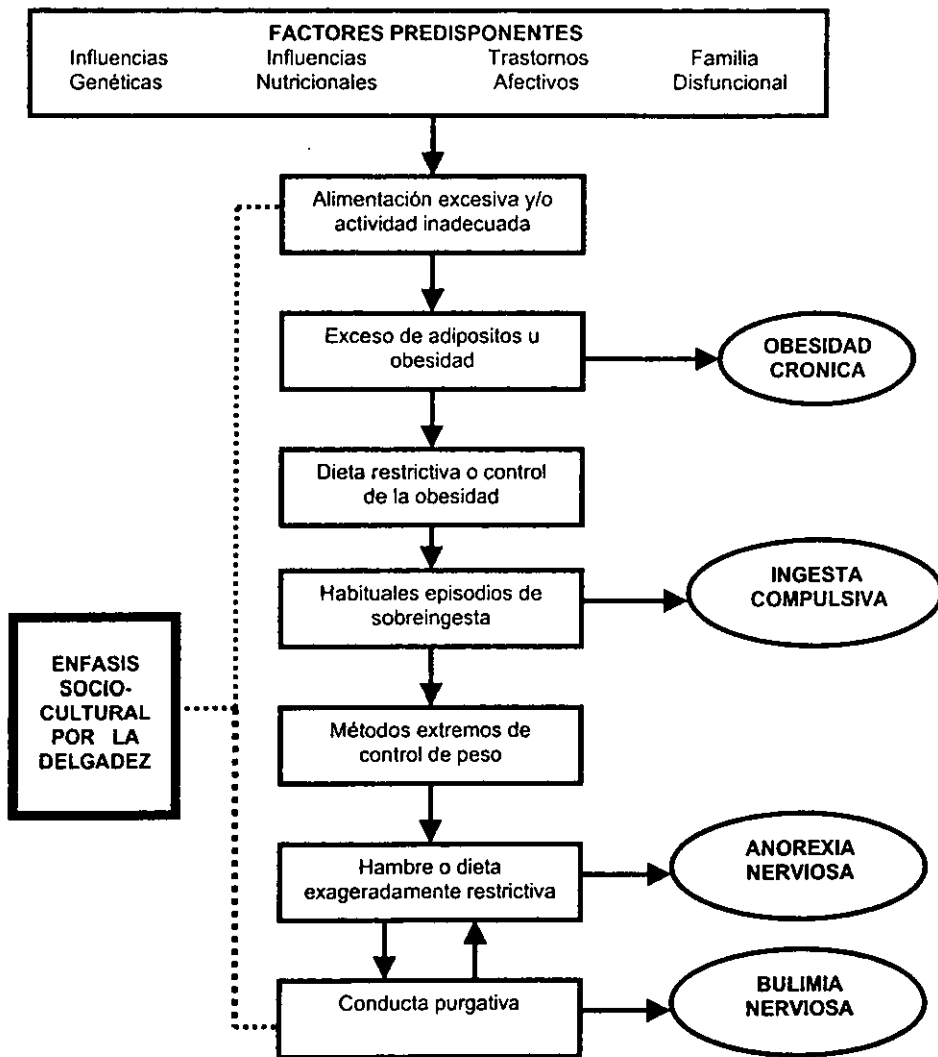


**FIGURA 3**  
 Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la anorexia nerviosa (Toro et al., 1987, p. 72).



**FIGURA 4**  
 Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores en la bulimia nerviosa (Cervera, 1996, p. 49).

Actualmente, se destacan dos hipótesis respecto al surgimiento y desarrollo de los trastorno alimentarios: la primera los sitúa a lo largo de un *continuum*, localizando en un extremo lo que implicaría una alimentación "normal", en el otro extremo a los trastornos alimentarios y a la dieta en un punto intermedio (Streigel-Moore *et al.*, 1986). La hipótesis del *continuum* parece sugerir que la diferencia entre el régimen restrictivo de alimentación y los desórdenes alimentarios es en grado, más no en esencia (Dancynger y Garfinkel, 1995). Williamson (1990) dentro de este planteamiento propone un modelo conceptual de los trastornos alimentarios (ver Figura 5).



**FIGURA 5**

Modelo conceptual de los trastornos alimentarios (Williamson, 1990, p.67).

Mientras que Levine y Smolack (1992), proponen un modelo de continuidad parcial entre lo que denominan dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario, en cuanto a que presentan creencias, actitudes y conductas similares, y diferentes únicamente en razón de su severidad. La existencia de manifestaciones subclínicas del trastorno sostiene al precepto de continuo, aunque presentan discontinuidad en lo que refiere a psicopatología y ajuste social (Mora y Raich, 1994b).

Contrariamente, la hipótesis de la discontinuidad (Crisp, 1965, cit. en Ruderman y Besbeas, 1992; Selvini-Palazzoli, 1978; Bruch, 1982), propone diferencias críticas y fundamentales entre un régimen dietético restrictivo y un trastorno de la alimentación. Algunos autores señalan específicamente una discontinuidad entre la anorexia nerviosa y la bulimia, argumentan que no es necesario haber sido anoréxica en un primer momento para después pasar a ser bulímica (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall y Joyce, 1996).

Para determinar y por tanto diagnosticar si una persona sufre un trastorno alimentario, debe llevarse a cabo una exploración y evaluación de sus actitudes alimentarias, así como de los factores psicológicos implicados en éstas. La formulación del diagnóstico se procura normar o regular, y por tanto, se sugiere realizarlo con apego a los criterios establecidos en el DSM-IV (APA, 1994). Mientras que para establecer el diagnóstico diferencial de anorexia o bulimia, así como entre sus respectivos subtipos, Raich (1994) sugiere que debe realizarse en función de varios aspectos: peso, episodios de sobreingesta, métodos de control de peso practicados, insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal, y finalmente, los sentimientos y/o sensaciones experimentadas ante alimentos "engordantes" —y por tanto "prohibidos"— o ante el acto mismo de comer.

Como respuesta a todos estos modelos causales y de factores de riesgo, Steiner y Lock (1998) advierten serias limitaciones en ellos, argumentan que para poder generar un modelo más comprensible de los trastornos alimentarios se requiere un mayor estudio de los complejos factores que posibilitan el desarrollo normal, desde un



modelo multidimensional de desarrollo que comprenda variables culturales, sociales, psicológicas y biológicas, bajo tres dimensiones diferentes: patogénesis, diagnóstico y tratamiento; este modelo podría posibilitar entonces identificar aquellos factores que pueden actuar como protectores ante los trastornos alimentarios. Esto en razón de que desde su punto de vista, las continuidades y discontinuidades entre los factores de riesgo y los trastornos no han sido adecuadamente documentadas entre todas las fases de desarrollo, tanto del individuo como del trastorno.

## 4.2. Métodos de detección y diagnóstico

Son varios los procedimientos e instrumentos de evaluación empleados para la detección y diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosas. Sin embargo, quizás los más utilizados son la entrevista y los autoinformes o autoreportes (tests).

Algunas de las entrevistas estructuradas que se han diseñado para este fin son:

- 1) la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (I.D.E.D. Interview for Diagnosis of Eating Disorders de Williamson, 1990), diseñada para la valoración de la anorexia, la bulimia y/o la alimentación compulsiva, la cual ha sido validada en su nueva versión (IDED-IV, por Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998) y se comprueba su aplicabilidad de acuerdo a los cambios nosológicos registrados en el DSM-IV (APA, 1994); y
- 2) la Examinación de Trastornos Alimentarios (E.D.E. Eating Disorder Examination, en Cooper y Fairburn, 1987; Cooper, Cooper y Fairburn, 1989).

Dentro de los autoinformes, uno de los más conocidos y ampliamente utilizado para el diagnóstico de los trastornos alimentarios, especialmente para el caso de la anorexia nerviosa, es el Eating Attitudes Test (E.A.T., *Test de Actitudes Alimentarias* de Garner y Garfinkel, 1979). Aunque también están el E.D.I. (Eating Disorder Inventory, *Inventario de Trastornos Alimentarios* de Garner, Olmsted y Polivy, 1983), diseñado

para detectar la presencia de algún trastorno alimentario.

Para el caso específico de detectar y evaluar a la bulimia nerviosa, se encuentran el B.U.L.I.T. (Bulimia Test, *Test de Bulimia*, de Smith y Thelen, 1984) y el B.I.T.E. (Bulimic Investigatory Test for Edinburg, *Test de Edinburgo para Identificar Bulimia*, de Henderson y Freeman, 1987).

A continuación se describen de manera minuciosa el EAT y el BULIT, así como los procedimientos empleados en sus respectivas validaciones, en razón de que son estos dos instrumentos en los que se enfoca la presente investigación, con la finalidad de determinar sus cualidades psicométricas en población mexicana.

#### 4.3. Test de actitudes hacia la alimentación

El Test de Actitudes Alimentarias (E.A.T.) es un cuestionario de auto-reporte de 40 ítems, bajo una escala bipolar de seis opciones, fue diseñado y validado originalmente en población canadiense. Sin duda es el cuestionario más utilizado como medida de síntomas y preocupaciones características de los trastornos de la alimentación (Garner, 1996).

Su procedimiento de validación (Garner y Garfinkel, 1979) estuvo basado en dos grupos independientes: uno de anoréxicas nerviosas ( $n= 33$ ), cuya edad promedio fue de 22.5 años, y otro grupo de sujetos control ( $n= 59$ ). El diagnóstico de anorexia nerviosa se hizo basándose en los criterios de Feighner de 1972, es de resaltar que esto fue previo a la inclusión de la anorexia nerviosa al DSM-III (APA, 1980). Sin embargo, éste fue relativamente heterogeneo en razón de que las pacientes estaban en diversas fases de tratamiento; además, algunas de ellas previamente habían sido hospitalizadas por anorexia nerviosa, y en otras este padecimiento era relativamente de reciente inicio. La edad promedio de inicio de la enfermedad en el grupo de anoréxicas

fue de 18.4 años.

En este caso, el EAT mostró un coeficiente de fiabilidad o de consistencia interna (*alfa de Cronbach*) de 0.79 para la muestra de anoréxicas ( $n= 33$ ) y de 0.94 para el grupo control. Por lo que Garner y Garfinkel (1979) determinan que este instrumento mostró poseer un alto grado de consistencia interna. A su vez, estos autores evaluaron la validez predictiva del EAT. Para ello, realizaron una correlación biserial entre el puntaje total en el EAT con los grupos, obteniendo un coeficiente de validez de  $r= 0.87$  ( $p < .001$ ), lo cual reveló que el test es un buen predictor de los miembros del grupo.

En cuanto a la validez discriminante, los autores inicialmente compararon entre sí a cuatro grupos: anorexia nerviosa ( $n=33$ ), control ( $n= 59$ ), hombres ( $n= 49$ ) y obesos ( $n= 16$ ), en cuanto a la puntuación promedio total del EAT. El análisis de varianza reveló que la puntuación del primer grupo ( $\bar{x}= 58.9 \pm 13.3$ ) era significativamente mayor a la de los otros grupos ( $p \leq .001$ ), particularmente el grupo control tuvo una puntuación promedio de  $15.6 \pm 9.3$ .

El procedimiento de validez predictiva situó el punto de corte ideal en 30, el cual permitió eliminar totalmente los falsos negativos de anorexia nerviosa y obtener sólo un 13% ( $n= 6$ ) de falsos positivos. El análisis factorial —empleando el método varimax— derivó siete factores:

- 1) Preocupación por la comida;
- 2) Imagen corporal e idealización de la delgadez;
- 3) Autoprovocación del vómito, o bien el uso de vomitivos y laxantes, esto como medidas de control del peso;
- 4) Práctica de un régimen dietario restrictivo;
- 5) Alimentación lenta;
- 6) Alimentación clandestina; y
- 7) Presión social percibida respecto a la indeseabilidad del aumento de peso.

Sin embargo, estos resultados factoriales, según mencionan Garner y Garfinkel (1979), sólo fueron considerados como tentativos, en razón de que el tamaño de la muestra con que trabajaron en este estudio, no era el óptimo para llevar a cabo este análisis factorial.

Estos autores concluyen que el E.A.T. constituye un índice objetivo y válido respecto a la gama sintomática que compone al síndrome de anorexia nerviosa. Por tanto, sugieren su uso como instrumento de screening o tamizaje para identificar casos actuales o incipientes de anorexia nerviosa en poblaciones con alto riesgo de desarrollar el trastorno. Esto es particularmente valioso para el pronóstico si se considera la importancia de una intervención temprana. Además, resultados de un estudio previo (Garner y Garfinkel, 1978) revelaron que el EAT puede ser empleado para detectar casos de anorexia nerviosa que no habían sido previamente diagnosticados.

Los mismos autores (Garner *et al.*, 1982) realizaron un segundo análisis factorial del EAT, pero en esta ocasión con una muestra de 140 pacientes anoréxicas en tratamiento, obteniendo tres factores:

- a) Dieta;
- b) Bulimia y preocupación por la comida; y
- c) Control oral.

Posteriormente, Wells *et al.* (1985) realizaron otro análisis factorial del EAT, administrando el cuestionario a 749 estudiantes adolescentes. La media del puntaje en el EAT fue 12.4 y el 5.5% de los sujetos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 30. Los autores obtuvieron un factor a) Dieta, semejante al de Garner *et al.* (1982) y dos más llamados b) Preocupación por la comida y c) Presión social hacia la comida. Mientras que Eisler y Szmukler (1985) tras administrar el EAT a 3000 jóvenes estudiantes del sexo femenino y realizar un análisis factorial, éste les reportó cinco factores: a) Dieta, b) Preocupación por la comida, c) Provocación del vómito, d) Presión social, y e)

## Alimentación social.

Dado su extenso uso con fines tanto epidemiológicos, clínicos (detección y pronóstico), así como de investigación —tanto en estudios transculturales como en longitudinales—, el EAT ha sido traducido al idioma español y validado en población española (Castro *et al.*, 1991). Este estudio se llevó a cabo con un grupo de 78 mujeres con anorexia nerviosa y un grupo control de 78 mujeres sin trastorno, la edad promedio de ambos grupo fue de  $16.8 \pm 3.5$ . El diagnóstico de las pacientes fue establecido conforme a los criterios del DSM-III (APA, 1980). Castro *et al.* (1991) calcularon el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para ambos grupos (0.93) y para el grupo de pacientes anoréxicas fue de 0.92.

Por otro lado, en cuanto a la validez predictiva, el coeficiente de correlación biserial del puntaje total en el EAT fue de 0.61 ( $p < .001$ ); asimismo, cada ítem fue analizado con el mismo procedimiento: 24 ítems (60%) mostraron una alta correlación significativa ( $p < .001$ ) y seis (15%) una correlación menor aunque significativa ( $p < .01$ ). Por otro lado, al comparar el puntaje en el EAT de ambos grupos, fue significativamente mayor ( $p < .0001$ ) el del grupo de anoréxicas ( $\bar{x} = 45.2 \pm 22.8$ ) que el del grupo control ( $\bar{x} = 18.1 \pm 10.4$ ).

Para el procedimiento de validez discriminante del EAT, dividieron a ambos grupos de acuerdo con el punto de corte de 30 recomendado por Garner y Garfinkel (1979). La sensibilidad con este punto de corte fue de 67.9% y la especificidad de 85.9%. Al emplear empíricamente el punto de corte de 20 se redujo el número de sujetos mal clasificados, atribuyendo al instrumento una sensibilidad de 91% pero reduciéndose su especificidad a 69.2%. Sin embargo, Castro *et al.*, (1991) argumentan que un elevado número de falsos positivos puede ser atribuido a que el grupo control procedía de una población general, por lo que posiblemente los sujetos con trastorno anoréxico no fueron eliminados. El análisis factorial extrajo tres factores principales, que en conjunto explicaron el 41% de la varianza, los cuales fueron:

- a) Dieta y preocupación por la comida;
- b) Presión social percibida y angustia alimentaria; y
- c) Trastornos psicobiológicos.

La validación de la versión española del EAT mostró algunas diferencias importantes respecto a los datos reportados en la validación original (Garner y Garfinkel, 1979), la más importante fue en lo que refiere al punto de corte. Ya que usando el punto de corte de 30 la sensibilidad del cuestionario se redujo a 67.9%, contrario al 100% observado en el estudio original. Mientras que en el estudio de Castro *et al.* (1991) con el punto de corte de 20 obtuvieron una sensibilidad del 91%. Al respecto, estos autores argumentan que esto pudo deberse a que su grupo de anoréxicas obtuvo una puntuación media en el EAT 13.7 puntos por abajo del menor puntaje del grupo de Garner y Garfinkel (1979). Además, este menor puntaje pudo estar relacionado con la edad de las pacientes, ya que la media de edad de su muestra fue también significativamente menor a la del estudio de Garner y Garfinkel, por lo que suponen que a mayor edad puede estar presente un trastorno con mayor duración, extensión e intensidad sintomática.

Asimismo, Castro *et al.* (1991) argumentan que otra posible razón es que en la versión original los autores trabajaron con pacientes que estaban en tratamiento, mientras que en el estudio con la población española la aplicación del EAT se llevó a cabo durante la primera entrevista o inmediatamente después, lo cual hace posible que en esta segunda condición, las pacientes hayan denegado o falseado la información.

King (1989) refiere que si bien el EAT no proporciona un diagnóstico específico de trastorno alimentario, diversos estudios han mostrado que puede ser un instrumento eficaz de criba, de modo que aquellos sujetos que su puntuación sea igual o mayor a veinte, deben ser remitidos a una entrevista de valoración.

Sin embargo, existe un estudio de validación del EAT (Carter y Moss, 1984), en el cual los autores con base en sus datos, cuestionan seriamente la capacidad de este

instrumento para identificar a los sujetos con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Trabajaron con una muestra de 162 jóvenes estudiantes de sexo femenino, de las cuales entrevistaron a 56 —considerando para el diagnóstico los criterios del DSM-III (APA, 1980)—.

El coeficiente de confiabilidad test-retest fue de .84, a lo que dicen los autores que el EAT puede ser considerada una escala confiable. No obstante, mencionan que si bien el 21.6% ( $n= 34$ ) de los 162 sujetos rebasaron el punto de corte de 30, sólo en dos de los casos se confirmó que fueran anoréxicas. Ante esto, refieren que representa una gran discrepancia en la tasa de falsos positivos de anorexia conforme al estudio de la validación original (Garner y Garfinkel, 1979). Además de que la evaluación de los datos de la entrevista reveló que las descripciones que hicieron los sujetos con relación a los episodios de sobreingesta o atracones, no tuvieron ninguna significancia clínica.

Mientras que otro estudio realizado sobre las propiedades psicométricas del EAT, es el que llevaron a cabo Smead y Richert (1990); quienes tuvieron como objetivo examinar la estructura factorial del EAT, empleando para ello una muestra de estudiantes tanto hombres ( $n= 310$ , con una edad promedio de  $20.5 \pm 2.16$ ) como mujeres ( $n= 302$ , con edad promedio de  $20.3 \pm 3.19$ ). Los autores, a partir del análisis factorial que llevaron a cabo, detectaron tres factores que fueron comunes tanto para hombres como para mujeres: I) Deseo de adelgazar; II) Reacciones fisiológicas y III) Presión social. Mientras que tres más fueron específicos para mujeres: IV) Precauciones alimentarias, V) Preocupación por la comida y VI) Control sobre la alimentación. Y otros tres para los hombres: IV) Sobreingesta, V) Control y VI) Preocupación respecto a la comida y la alimentación.

Como se puede notar, el Test de Actitudes Alimentarias pese a ser un cuestionario que data de hace dos décadas, es un procedimiento frecuentemente reexaminado, analizado y adoptado para la realización de diversas investigaciones alrededor del mundo.

#### 4.4. Test de bulimia

El Test de Bulimia (BULIT) es un cuestionario de auto-reporte de 36 ítems, bajo una escala bipolar de cinco opciones, diseñado y validado originalmente con población estadounidense de habla inglesa (Smith y Thelen, 1984). Su procedimiento inicial de validación en población clínica se basó en la comparación de dos grupos independientes de mujeres: 20 bulímicas y 94 sujetos control normales. El diagnóstico de las bulímicas se hizo con base en los criterios del DSM-III, pese a que la bulimia aún no estaba clasificada de manera independiente, sino como un tipo de anorexia nerviosa.

La puntuación media del grupo de bulímicas ( $\bar{x} = 124.0$ ) mostró ser significativamente mayor ( $p < .0001$ ) a la del grupo control ( $\bar{x} = 60.3$ ). Treinta de los ítems mostraron una gran diferencia significativa entre los grupos respecto a la dirección predictiva ( $p < .0001$ ). Asimismo, obtuvieron un coeficiente de validez predictiva ( $r = 0.82$ ) al correlacionar el puntaje total en el BULIT con los miembros del grupo. Al seguir con el mismo procedimiento pero en cuanto a los ítems, encontraron que 27 correlacionaron poderosamente ( $p < .0001$ ), 2 moderadamente ( $p > .01$ ) y los restantes levemente ( $p < .05$ ).

Al emplear un sistema de clasificación que situara a los sujetos de acuerdo al punto de corte de 102 en la categoría de bulimia y a los de menos de 102 en la categoría de sujetos sin bulimia, solamente 1 sujeto bulímico y 2 normales fueron mal clasificados. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y el negativo fueron todos superiores a .90.

En otro momento del mismo estudio, se le administró el BULIT a una muestra pequeña de sujetos con anorexia nerviosa ( $n = 14$ ) para proveer una estimación del grado de traslapamiento entre ambos trastornos. Seis sujetos (43%) puntuaron en el rango de bulimia y 8 sujetos (57%) en el normal. Lo que de acuerdo con Smith y Thelen



(1984) es consistente con lo reportado por otros autores con relación al porcentaje de anoréxicos que presentan conductas bulímicas, y que sin embargo, no podrían ser clasificados como "bulímicas puras".

Se realizó un segundo procedimiento de validación, debido a que como refieren los autores, el BULIT fue diseñado en parte, para identificar a los sujetos bulímicos en población general. Para ello, administraron la escala a 652 estudiantes de sexo femenino, las cuales fueron clasificadas como bulímicas o control con base en el punto de corte de 102. Se conformaron dos grupos independientes: 22 bulímicas y 47 control. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad test-retest ( $r$  de Pearson) de .87 ( $p < .0001$ ). Mientras que la puntuación promedio en el BULIT del grupo de bulímicas fue significativamente mayor a la del grupo control ( $p < .0001$ ).

Con base en un procedimiento de validez discriminante basado en entrevista, se determinó que 8 bulímicas y 5 mujeres normales fueron mal clasificadas por el BULIT. La sensibilidad fue de .64, la especificidad de .89, el valor predictivo positivo de .74 y el negativo de .84.

Sin embargo, de acuerdo con Smith y Thelen (1984) estos estadísticos que describen la capacidad predictiva del BULIT en una población no clínica pueden representar una subestimación de la verdadera capacidad de la escala, debido a que el método de muestreo empleado para seleccionar a los sujetos resultó en una sobre-representación con puntajes cercanos al punto de corte. Estos sujetos fueron presumiblemente más difíciles de clasificar que aquellos sujetos con puntuaciones extremas.

De acuerdo al análisis factorial que estos autores hicieron del BULIT, se derivaron cinco factores que explican en conjunto el 39.5% de la varianza. Los cinco factores fueron los siguientes:

- 1) Conducta de sobreingesta y temor a perder el control sobre la conducta alimentaria;
- 2) sentimientos posteriores a la sobreingesta;
- 3) presentación del vómito;
- 4) preferencias alimentarias durante un atracón; y
- 5) fluctuaciones en el peso.

Asimismo, los autores valoraron la validez de constructo y la validez dicriminante del BULIT comparándolo con lo obtenido en dos escalas más: la Escala de Sobreingesta (Binge Scale) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT, Eating Attitudes Test). La correlación entre la Binge Scale y el BULIT fue de .93 ( $p < .0001$ ), y al emplear un sistema de clasificación en que la Binge Scale predijera a la bulimia, se observó que 1 sujeto del grupo bulímico y 10 sujetos del grupo control fueron mal clasificados. Mientras que la correlación entre el EAT y BULIT fue de .68 ( $p < .0001$ ), y al clasificar a los sujetos bulímicos con base en el EAT, se observó que 4 bulímicas y 13 control fueron mal clasificadas, lo que sugiere que el BULIT y el EAT miden constructos que si bien muestran cierto grado de traslapamiento, en esencia son distintos, es decir que la anorexia y la bulimia no son síndromes idénticos. A partir de todo lo anterior, Smith y Thelen (1984) concluyen que el B.U.L.I.T es un instrumento de medición confiable y válido para identificar individuos con síntomas de bulimia.

También existe la traducción y validación en su versión al español, con población española (Mora, 1992). En este estudio la autora realizó un nuevo análisis factorial del BULIT, partiendo de la aplicación de este instrumento a 153 mujeres estudiantes. Para tal fin, emplearon el método de rotación varimax. El análisis de componentes principales les arrojó inicialmente nueve factores que explican el 67.5% de la variabilidad total, sin embargo, este método mostró un punto de inflexión a partir del séptimo factor, por lo que retuvo esos factores, los cuales conjuntamente explicaron el 58.6% de la variabilidad total, siendo este porcentaje ligeramente mayor al obtenido por los autores de la versión original, con lo que obtuvo una solución más semejante a la de Smith y Thelen (1984). Los factores derivados por Mora (1992) fueron:

- 1) Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta;
- 2) sobreingesta;
- 3) preferencias alimentarias durante el atracón;
- 4) irregularidades menstruales;
- 5) vómito;
- 6) fluctuaciones del peso; y
- 7) abuso de laxantes y/o diuréticos.

Asimismo, Mora evaluó la validez concurrente del BULIT, al correlacionar este instrumento con el EAT ( $r = .52$ ,  $p < .001$ ) y con la subescala de bulimia del EDI ( $r = .75$ ,  $p < .0001$ ).

Los instrumentos antes mencionados son sólo un ejemplo de al menos una decena existente, y si se han citado éstos no ha sido sólo por su extenso uso, sino por ser quizá los más enfocados a la detección de la anorexia y la bulimia, en medida que se dirigen básicamente a la valoración de la presencia de la sintomatología que caracteriza a estos síndromes, para ello partiendo de los criterios nosológicos establecidos.

No obstante, cabe mencionar que el floreciente desarrollo de la investigación de los trastornos alimentarios en países no desarrollados, específicamente en Latinoamérica y en este caso en México, se enfrenta al reto de poder subsanar inicialmente una necesidad básica de contar con instrumentos válidos y confiables que permitan detectar la presencia o ausencia de estas patologías entre nuestra población, así como poder analizar y valorar la pertinencia de la calidad diagnóstica de dichos instrumentos, o bien dado el caso, partir de dicho análisis para su reformulación y/o adaptación.

## 5. Evaluación de las propiedades psicométricas

Aquí, realizamos un punto de enlace con las cualidades y requerimientos que la psicometría exige a los procedimientos de valoración de la psicopatología, a través de escalas de medición. Ya que en esencia la medición psicológica es un proceso por medio del cual se compara el puntaje obtenido por un sujeto en una prueba contra un puntaje normativo, el cual se ha derivado a partir del puntaje a su vez obtenido por un grupo de referencia en la misma prueba o test. Sin embargo, cómo saber si la comparación y por tanto el resultado de ésta es o no confiable y/o válido, y es que precisamente el criterio de validez es una de las cualidades que debe evaluarse en todo sistema de medición.

### 5.1. Confiabilidad

La confiabilidad —también llamada fiabilidad—, refiere a la consistencia del instrumento para medir el atributo que pretende medir (Silva, 1992), es decir, que cada vez que sea utilizado dé esencialmente los mismos resultados. Se enfoca a determinar el grado de variación en las puntuaciones no atribuibles a razones teóricas y/o empíricas, sino debidas a errores aleatorios asociados al proceso de medición. Se calcula por medio de un coeficiente de fiabilidad, el cual se define como la correlación momento-producto de Pearson entre las puntuaciones del test consigo mismas, lo cual no es sino la razón entre la varianza de las puntuaciones verdaderas y la varianza de las puntuaciones empíricas (García, 1993).

Sin embargo, en la práctica esta definición se operacionaliza calculando correlaciones entre dos aplicaciones del mismo test, dos formas paralelas o entre puntuaciones de dos o más partes de un mismo test (Martínez, 1995). Así, existen tres métodos para obtener la estimación del coeficiente de fiabilidad (García, 1993):

1. *Método de formas paralelas.* Posterior a la construcción de un test se aplica a un grupo normativo pertinente y se hace una forma paralela a dicho test (otro que mida lo mismo que el anterior) con el mismo formato, número de ítems y del mismo tipo, pero que sus ítems estén redactados de forma distinta. Este nuevo test se aplica al mismo grupo y la fiabilidad estará expresada por el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas pruebas.
2. *Método de la repetición del test o test-retest.* Consiste meramente en la aplicación del test en dos ocasiones diferentes al mismo grupo, de modo que la fiabilidad se estima con base en el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas aplicaciones.
3. *Métodos basados en una sola aplicación del test.* Comprende básicamente dos métodos:
  - 3.1. Uno de éstos consiste en el método de las dos mitades, su procedimiento supone que una vez aplicado el test es dividido en dos mitades aleatorias —o bien, puede también dividirse con base en los reactivos pares y nones— y se calcula el coeficiente de correlación entre ambas partes.
  - 3.2. Otro método es a través de la estimación de la consistencia interna, éste se emplea para determinar en qué medida los elementos que componen un test (sus ítems) son equivalentes (Viladrich, Prat, Doval y Vall-Llovera, 1996). Es decir, que se puede expresar la fiabilidad de un test en función de establecer hasta qué punto todos los ítems están midiendo lo mismo; lo anterior se puede obtener y expresar a partir del coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach.

Los dos primeros métodos son aplicaciones directas de la definición de correlación entre formas paralelas, mientras que el tercero —basado en la consistencia interna— da lugar a procedimientos de cálculo específicos. A continuación, se presentan de manera resumida (ver tabla 1) las diferentes aproximaciones para la

De acuerdo con diversos autores (Coolican, 1994; Hernández, Fernández y Baptista, 1991; Kerlinger, 1979) el término "validez" denota la utilidad científica de un instrumento de medida, a partir del cual se puede establecer que tan bien mide lo que pretende medir, es decir, la especificación de que tan bien ha satisfecho dicha medida la norma con la que está siendo juzgada. Al concepto de validez se le han dado tres significados principales (Nunnally y Bernstein, 1995):

### 5.2. Validez

La estimación de la fiabilidad de un test en una única aplicación, evita los problemas asociados a la repetición del test y al de construir formas equivalentes. Se realiza por medio de métodos de consistencia interna (Crocketer & Algina, 1986). Una forma de estimar cómo el rendimiento de los sujetos en el test puede generalizarse al dominio de ítems es ver hasta qué punto los sujetos tienen un rendimiento consistente en diversas partes del test. La fiabilidad estimada desde este método examina fundamentalmente errores derivados del muestreo de contenidos de los ítems del test.

*Fuente: Martínez, R. (1995), p. 33.*

1. Cambio en los sujetos. Muestreo de tiempos.	Coefficiente de estabilidad. Test-Retest.	Correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en dos ocasiones.
2. Contenidos de las dos formas. Muestreo de contenidos.	Coefficiente de equivalencias. Formas alternativas.	Correlación de Pearson entre las puntuaciones de las formas.
3. Cambio en los sujetos. Muestreo de contenidos. Muestreo de tiempos.	Formas alternativas en aplicación diferida.	Correlación de Pearson entre las puntuaciones de las formas.
4. Contenido de los ítems. Muestreo de contenidos y heterogeneidad de los ítems.	Coefficiente de consistencia interna.	Diversos procedimientos específicos basados en correlaciones-covarianzas entre las partes.
5. Diferencias entre puntuadores.	Fiabilidad entre calificadores.	Teoría de la generalizabilidad. Índices de acuerdo.

TABLA 1

estimación del coeficiente de fiabilidad.

1. **Validez de constructo**, la cual refiere al grado en que la escala usada concuerde con los objetivos para los que fue creada, es decir que refleja el alcance que tiene para satisfacer las expectativas teóricas. Recordemos que si bien el constructo es un concepto, aquél tiene un sentido adicional, el de haber sido creado o adoptado de manera deliberada y consciente para abarcar a un propósito, ya que forma parte de un esquema teórico y está relacionado con otros constructos (Kerlinger, 1988). Dentro de la cual, García (1993) identifica tres tipos específicos:

1.1. *Validez factorial*, ésta se determina por medio de un modelo estadístico *multivariado denominado análisis factorial*, el cual de acuerdo con Yela (1997) es un método matemático-experimental que supone diversos procedimientos empleados para explorar y analizar las interrelaciones existentes entre un conjunto de variables, a las cuales se les denominan factores.

Un factor es una dimensión hipotética cuyas puntuaciones influyen en una o más variables observadas. De acuerdo con Ferrán (1996) y Kline (1993), la función del análisis factorial es que permite representar en un espacio de pequeña dimensión (espacio factorial) a aquellas variables cuantitativas extraídas de un conjunto mayor, lo cual posibilita interpretar las relaciones entre ellas. Asimismo, permite analizar las similitudes entre los elementos de la muestra respecto a su comportamiento en el conjunto de variables. Finalmente, permite determinar subconjuntos claramente diferenciados de variables en los que, por un lado, dentro de cada uno las variables estén relacionadas entre sí y, por otro, las variables de los distintos subconjuntos no presenten ninguna relación, de modo que el conjunto de variables podrá simplificarse a un nuevo conjunto de variables no directamente observables, denominadas factores; de tal forma que cada factor extraído represente la información que tienen en común las variables pertenecientes a un mismo subconjunto.

El principio básico del análisis factorial es el procesamiento de correlaciones entre las variables, esto con la finalidad de analizar las asociaciones lineales entre ellas (Yela, 1997). Este análisis parte de dos métodos específicos, que son (Namakforoosh,

grado en que la muestra de ítems del test es representativa de la población total, es decir que manifiesta la representatividad o suficiencia del muestreo de ítems contenidos en un test.

3. **Validez de criterio**, se establece a partir de la comparación de un instrumento de medición con algún criterio estándar externo, entre más relacionados estén éstos, la validez de criterio será mayor (Namakforoosh, 1995). Así, a la correlación entre la prueba del predictor y la variable criterio se le llama *coeficiente de validez*, el que especifica el grado de validez de esa generalización. Algunos autores (Hernández *et al.*, 1991; Magnusson, 1977) realizan una distinción a lo interno de la validez de criterio, rescatando de ésta dos tipos específicos:

3.1. *Validez concurrente*, la que refiere al grado en el que el instrumento en cuestión mide lo mismo que otros tests ya existentes y considerados como medidas adecuadas (Nunnaly y Bernstein, 1995).

3.3. *Validez predictiva*, ésta avala en que medida el instrumento discrimina o predice adecuadamente en función de la variable en cuestión, lo cual se logra empleando un *criterio externo* (Silva, 1992). Sin embargo, Vilardich *et al.* (1996) identifican un tercer tipo:

3.4. *Validez discriminante*, es cuando una misma estrategia de medición aplicada a individuos o a características distintas proporciona resultados distintos; es decir, que un test discrimina mejor cuanto más capaz es de clasificar u ordenar a los individuos en función de la característica que se está midiendo.

Los conceptos de sensibilidad y especificidad de una medida son casos particulares de la validez discriminante, de uso frecuente en ciencias de la salud. El primero de ellos hace referencia a la capacidad de un test para detectar la presencia de una determinada característica en un sujeto, es decir, un test es más sensible cuanto menos falsos negativos proporciona. Mientras que la especificidad se refiere a la



capacidad de una medida para no proporcionar falsos positivos, es decir para diagnosticar la presencia de una característica sólo en el caso de que ésta realmente esté presente.

De acuerdo con Doménech (1995), la manera más adecuada de representar la evolución de los valores de la sensibilidad y especificidad según el punto de corte, es mediante una curva ROC (Receiver operating characteristic), denominada en el ámbito clínico Curva de rendimiento diagnóstico. Las curvas ROC permiten comparar diferentes pruebas diagnósticas y su imagen ayuda a explorar y seleccionar el punto de corte óptimo, que maximiza la suma de la sensibilidad y la especificidad.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Valorar las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) en población mexicana de dos instrumentos diseñados para detectar trastornos alimentarios: El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Test de Bulimia (BULIT-36).

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

- Evaluar la confiabilidad del EAT-40 y el BULIT-36.
- Analizar y determinar la estructura factorial y carga ponderal de ambos instrumentos.
- Evaluar la validez de constructo (factorial) y la validez de criterio (discriminante y predictiva) del EAT-40 y el BULIT-36.

## MÉTODO

### SUJETOS

1ª. FASE. La muestra fue de tipo no probabilístico, constituida por 2168 estudiantes de sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 30 años ( $\bar{x} = 18.5 \pm 2.7$ ). De las cuales, el 34.2% (n= 742) correspondieron a instituciones privadas y el 65.8% a instituciones públicas (n= 1427); asimismo, el 48% (n= 1042) fueron del nivel educativo medio-superior y el 52% (n= 1027) del nivel superior.

2ª. FASE. La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 140 jóvenes del sexo femenino, con un rango de edad de 10 a 27 años ( $\bar{x} = 16.3 \pm 3.9$ ). El 8% (n= 11) correspondió al nivel escolar básico, 30% (n= 42) al nivel medio-básico, 29% (n= 40) al medio-superior y 33% (n= 45) al nivel superior. A las cuales, por medio de entrevista diagnóstica y basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV, se les dividió inicialmente en dos grupos: 1) con trastorno alimentario (n= 60, edad:  $\bar{x} = 16.9 \pm 4.0$ ) y 2) grupo control o sin trastorno alimentario (n= 80, edad  $\bar{x} = 16.7 \pm 3.8$ ). Posteriormente, se hizo una redistribución de los miembros del grupo con trastorno alimentario de acuerdo con el trastorno específico que padecían (Ver cuadro 1).

CUADRO 1

TIPO DE TRASTORNO ALIMENTARIO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Anorexia Nerviosa	14	10
Bulimia Nerviosa	14	10
TCANE 1	3	2
TCANE 2	5	4
TCANE 3	8	6
TCANE 4	16	11
Total	60	43

Cuadro 1 Frecuencia de casos para cada tipo de trastorno específico y porcentaje que representan respecto a la muestra total de la 2ª. fase (n= 140)  
TCANE= Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### 1ª. FASE.

- ❖ Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40, Garner y Garfinkel, 1979; Garner *et al.*, 1982), se empleó la traducción realizada por Castro *y cols.* (1991), la cual sin embargo fue adaptada para la población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala (ver anexo 1). A partir de este instrumento, los autores antes mencionados han derivado algunos factores, los cuales son:

De acuerdo con Garner *et al.* (1982):

F1) **Dieta**. Incluye las preguntas: 4, 9, 10, 14, 15, 22, 25, 29, 30, 36, 37, 38 y 39.

F2) **Bulimia y preocupación por la comida**. Comprende los siguientes ítems: 6, 7, 13, 31, 34 y 40.

F3) **Control oral**. Formado por los reactivos: 5, 8, 12, 24, 26, 32 y 33.

Mientras que los establecidos por Castro *et al.* (1991), son:

FA) **Dieta y preocupación por la comida**. Compuesto por las preguntas: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38 y 39.

FB) **Presión social percibida y angustia alimentaria**. En el cual se incluyen los siguientes reactivos: 3, 5, 8, 12, 24, 26, 33 y 34.

FC) **Trastornos psicobiológicos**. Conformado por las preguntas: 13, 19, 28, 29, 35 y 40.

- ❖ Test de Bulimia (BULIT-36, Smith y Thelen, 1984), se empleó la traducción realizada por Mora (1992), la cual también fue adaptada para población mexicana por el

Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala (ver anexo 2). A partir de este instrumento dichos autores han derivado algunos factores, los cuales son:

De acuerdo con Smith *et al.* (1984) estos son:

- F1) **Sobreingesta**. Incluyendo los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, 8, 11, 12, 17, 18, 22 y 24.
- F2) **Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta**. Que comprende las preguntas: 5, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 26 y 29.
- F3) **Vómito**. Con las preguntas: 1, 8, 15, 27 y 30.
- F4) **Preferencias alimentarias durante la sobreingesta**. Comprende los siguientes reactivos: 9 y 21.
- F5) **Fluctuaciones en el peso**. El cual incluye los reactivos: 25 y 32.

Mientras que Mora (1992) deriva los siguientes siete factores:

- Fa) **Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta**. Contemplando a los reactivos: 14, 16, 19, 20, 23, 26 y 29.
- Fb) **Bulimia**. El cual incluye los ítems: 1, 4, 8, 17, 24 y 35.
- Fc) **Preferencias alimentarias durante la sobreingesta**. Conformado por las preguntas: 9 y 21.
- Fd) **Irregularidades menstruales**. Que comprende al ítem: 33.
- Fe) **Vómito**. Conformado por dos ítems: 15 y 30.
- Ff) **Fluctuaciones del peso**. En el cual se incluyen las preguntas: 25 y 32.
- Fg) **Abuso de laxantes y diuréticos**. Formado por solo dos preguntas: 33 y 36.

## 2ª. FASE.

- ❖ Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (Williamson, 1990), se empleó la traducción realizada por Raich (1994) y adaptada por el Proyecto de

Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala, con base en los criterios diagnósticos para los trastornos alimentarios del DSM-IV (APA, 1994).

## PROCEDIMIENTO

### ❖ **Recolección de Datos**

**1ª. FASE.** Se llevó a cabo la aplicación del EAT y del BULIT en las diferentes instituciones educativas a las que pertenecen las jóvenes de la muestra, la cual se realizó de forma grupal (de 15 a 20 sujetos por aplicación). Una vez realizada la calificación de los instrumentos, los datos fueron capturados en las correspondientes bases de datos en el programa SPSS.

**2ª. FASE.** De la primera fase se extrajo una muestra de jóvenes con las cuales se llevaron a cabo las entrevistas, en éstas participaban una entrevistadora y una asistente que apoyaba en la redacción de las notas. Las entrevistas tuvieron lugar en las instalaciones del Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala. Posteriormente, en la valoración de las entrevistas se contó con la colaboración de otra investigadora con experiencia en el área; de modo que cada una de las entrevistas pasó por el control de dos evaluadoras que establecían cada una un diagnóstico, los cuales posteriormente serían confrontados, analizados y discutidos.

### ❖ **Análisis de los Datos**

**CONFIABILIDAD,** se partió de métodos basados en una sola aplicación del test, evaluando específicamente la **consistencia interna** de ambas escalas, para tal fin se emplearon los siguientes métodos y procedimientos:

- Método de matriz covariante, para calcular el *coeficiente Alpha de Cronbach*
- *Método por mitades*, para calcular el coeficiente de correlación entre las formas; el cual posteriormente se corrigió con base en las fórmulas de Spearman-Brown y de Guttman.
- Finalmente, se calculó el *coeficiente de correlación de Pearson (r)* existente entre cada uno de los ítems con la puntuación total de cada instrumento.

**VALIDEZ**, el presente estudio se enfocó a evaluar en primera instancia la **validez de constructo**, lo que supone analizar el grado en que el EAT y el BULIT concuerdan con los objetivos para los que fueron creados y en qué medida estos concuerdan con la más reciente conceptualización respecto a los trastornos alimentarios. Para tal fin, se empleó el siguiente método:

- *Validez factorial*, ésta se determinó por medio de un modelo estadístico multivariado (análisis factorial), con la finalidad de explorar y analizar las interrelaciones existentes entre el conjunto de ítems y obtener una solución más interpretable por medio de la derivación de factores a lo interno de los tests.

En segunda instancia se evaluó la **validez de criterio**, lo que supone detectar en qué medida se correlaciona el diagnóstico obtenido a partir del EAT y el BULIT respecto a un criterio externo, que para el caso de esta investigación fungió como criterio externo el correspondiente diagnóstico de trastorno alimentario establecido por medio de la entrevista y con base en los criterios del DSM-IV. Para cumplir con este objetivo se emplearon los siguientes métodos y procedimientos:

- *Validez discriminante*, para valorar en que medida el EAT y el BULIT son capaces de discriminar a la población con trastorno alimentario, esto en razón de que puede clasificar u ordenar a los individuos a partir de la variable evaluada. Para ello, se derivó el valor de sensibilidad y especificidad de los instrumentos, de acuerdo con los puntos de corte sugeridos por los autores de las versiones originales, sin embargo, también fueron explorados otros puntos de corte, para así poder determinar cual es el punto de corte pertinente para la población mexicana.
  
- *Validez predictiva*, ésta se evaluó para determinar en que medida ambos instrumentos discriminan o predicen adecuadamente la presencia del trastorno alimentario.
  - a) Para este fin, se procedió a explorar algunas comparaciones entre el grupo con trastorno alimentario y el grupo control (t de Student), así como entre los diferentes subgrupos con trastorno alimentario y el grupo control (ANOVA para muestras independientes, complementada con la prueba Duncan). Estas comparaciones tuvieron la finalidad de comprobar la capacidad, tanto de los instrumentos como de sus factores, para discriminar entre los diferentes grupos.
  - b) Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico de tipo discriminante, el cual permitió estimar mediante funciones lineales la probabilidad de que el EAT y el BULIT discriminen y clasifiquen correctamente a cada individuo, conforme a los diferentes grupos diagnósticos de trastorno alimentario a los que pertenecen.



# RESULTADOS

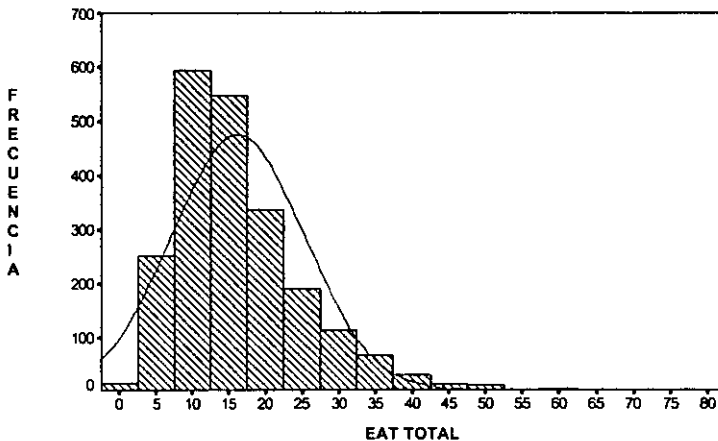
## TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)

### 1ª. FASE

#### 1.1 Análisis de Confiabilidad de la Escala

En primer lugar, se analizó la distribución de frecuencia de la población ( $n= 2168$ ) en cuanto a su puntuación total en el EAT (Gráfica 1-E). Su puntuación promedio fue de  $16.21 \pm 9.05$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 8 a 12, aunque de acuerdo con la curva de normalidad éste se situaría en el rango de puntuación de 15 a 17.

GRÁFICA 1-E



Gráfica 1-E. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del EAT.

Asimismo, cabe señalar que de acuerdo al punto de corte del EAT de  $\geq 30$ , establecido por Garner y Garfinkel (1979), el 8.2% de estas jóvenes rebasaron dicho punto de corte.

El análisis de la confiabilidad se realizó inicialmente al calcular el Coeficiente Alpha de Cronbach, empleando específicamente el método de matriz covariante. Este análisis reportó que el EAT cuenta con un adecuado grado de consistencia interna ( $\alpha = 0.72$ ). Lo mismo se observó respecto al alfa estandarizada por ítem (0.76). Solamente si se anularan los siguientes ítems (ver tabla 1-E) aumentaría el valor de alfa de la escala, es decir que se vería aumentado el índice de confiabilidad del instrumento.

**TABLA 1-E**

No. de ítem	Correlación ítem-total	Alpha $> .7215$
18	-.0145	.7326
Me gusta que la ropa me quede ajustada.		
27	.0161	.7291
Disfruto comiendo en restaurantes.		
24	.0316	.7285
Los demás piensan que estoy demasiado delgada.		
20	.1035	.7268
Me levanto pronto por las mañanas.		
23	.0727	.7253
Tengo la menstruación regular.		
19	.0773	.7243
Disfruto comiendo carne.		
8	.1210	.7240
Corto mis alimentos en trozos pequeños.		
39	.0641	.7231
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas		
11	.1625	.7224
Me siento satisfecha después de las comidas.		
26	.1531	.7216
Tardo en comer más que las otras personas.		

Tabla 1-E. Ítems que de anularse aumentaría el valor de Alpha.

Sin embargo, se observó que en el caso de que se anulara alguna de esas preguntas, el correspondiente incremento en el coeficiente de fiabilidad sería mínimo, y por lo mismo, poco sustancial; ya que el incremento más significativo se obtendría al descartar el ítem 18 ( $\alpha = .73$ ).

Mientras tanto, al analizar más tarde la confiabilidad de la escala a partir del método por mitades y específicamente por el de matriz covariante, se observó que el coeficiente de correlación entre las dos partes del EAT fue moderado (0.59). Sin embargo, al considerar que dicho instrumento no fue diseñado bajo el formato de dos partes equivalentes entre sí, se emplearon las fórmulas de Gutman y la de Spearman-Brown, obteniéndose coeficientes significativamente más altos en ambos: 0.74 y 0.75, respectivamente. Lo cual confirma que el EAT posee una adecuada consistencia interna.

Con respecto a la correlación existente entre cada uno de los 40 ítems del EAT con el valor total, por medio del coeficiente de Pearson ( $r$ ), se pudo observar que todos los reactivos del EAT se correlacionaron de manera positiva y significativa ( $p \leq .0001$ ) con el puntaje total. Sin embargo, sólo cinco ítems mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para considerarse con *capacidad para predecir* ( $r \geq 0.50$ ):

- 4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.
- 15.- Me preocupa el deseo de estar más delgada.
- 22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- 25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
- 37.- Me comprometo a hacer dietas.

En el caso de 14 reactivos, su correlación fue *moderada* ( $r \geq 0.30$ ); mientras que 9 ítems mostraron una correlación *débil* ( $r \geq 0.20$ ). Finalmente, fueron 12 las preguntas *pobrementemente* correlacionadas con la puntuación total del EAT ( $r \leq 0.20$ ), siendo las: 1, 2, 3, 13, 17, 18, 19, 23, 24, 27, 28 y 39. De las cuales, son seis las que se confirman respecto a las ya mencionadas, que de anularse aumentaría el valor de coeficiente alfa, son las: 18, 19, 23, 24, 27 y 39.

## 1.2. Análisis de Validez Factorial

El análisis de componentes principales extrajo trece factores con valores propios superiores a la unidad. Los trece factores explican un 53.0% de la variabilidad total (tabla 2-E). Las comunalidades para cada variable son elevadas, ya que todas fueron superiores a 1.00 (*la unidad*). Posteriormente, se aplicó el procedimiento de rotación varimax, con la finalidad de minimizar el número de ítems con saturaciones altas en un solo factor; no obstante, éste conservó la estructura de trece factores.

TABLA 2-E

Factor	Eigenvalue	% Explicado de la Varianza	%Acumulado
1	4.91	12.3	12.3
2	2.17	5.4	17.7
3	1.92	4.8	22.5
4	1.73	4.3	26.8
5	1.65	4.1	30.9
6	1.30	3.3	34.2
7	1.19	3.0	37.2
8	1.13	2.8	40.0
9	1.09	2.7	42.7
10	1.05	2.7	45.4
11	1.04	2.6	48.0
12	1.02	2.5	50.5
13	1.01	2.5	53.0

Tabla 2-E. Muestra la estructura factorial detectada por medio del método de componentes principales, y confirmada por el método de rotación varimax.

Para el presente análisis factorial se partió de los siguientes criterios (Yela, 1997):

- ❖ El ítem debe tener una saturación igual o superior a 0.40.
- ❖ Un ítem se incluye en un solo factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.
- ❖ Debe existir una congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.
- ❖ Un factor para ser considerado como tal debe comprender al menos tres

reactivos.

El **primer factor** explicó un 12.3% de la variabilidad total y reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.79. Los ítems que lo componen hacen alusión a la *Motivación para Adelgazar*. Como se puede observar, este factor reporta la mayor carga ponderal dentro del EAT.

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	.80
15	Me preocupa el deseo de estar más delgada.	.79
4	Me da mucho miedo pesar demasiado.	.78
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	.60
37	Me comprometo a hacer dietas.	.44

El **segundo factor** explica el 5.4% de la variabilidad total, en éste se incluyen únicamente tres ítems, referentes a la *Evitación de Alimentos Engordantes* ( $\alpha = 0.63$ ).

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
10	Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos.	.69
9	Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como.	.60
29	Procuró no comer alimentos con azúcar.	.57

El **tercer factor** explica el 4.8% de la variabilidad total ( $\alpha = 0.64$ ). Los ítems que se incluyen en este factor refieren *Preocupación por la Comida*.

Ítem	Contenido del Ítem	Ponderación
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	.70
31	Siento que los alimentos controlan mi vida.	.61
7	A veces me he "atracaado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	.54
14	Me siento muy culpable después de comer.	.42

En el **cuarto factor** confluyeron únicamente tres ítems, referentes a la *Presión Social Percibida*; y este factor explicó el 4.3% de la variabilidad total ( $\alpha = 0.69$ ).

El octavo factor explicó el 2,8% de la variabilidad total, los dos ítems incluidos no muestran consistencia conceptual, y de incluirlos se trasladarían con el contenido de los factores 5 o 6, ya descritos.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
13	Vomito después de haber comido.	.72
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	.65
28	Tomo laxantes (purgantes)	.46

El séptimo factor explicó el 3,0% de la variabilidad total ( $\alpha = 0.53$ ). Los tres ítems en el incluidos refieren a *Conductas compensatorias*.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
27	Distrito comiendo en restaurantes.	.66
19	Distrito comiendo carne.	.61
1	Me gusta comer con otras personas.	.57
39	Distrito probando comidas nuevas y sabrosas.	.56

Por otro lado, el sexto factor explicó el 3,3% de la variabilidad total, en este se incluyeron cuatro ítems referentes a *Patrones y Estilos Alimentarios* ( $\alpha = 0.57$ ).

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
17	Me peso varias veces al día.	.75
30	Consumo alimentos dietéticos.	.66
21	Cada día como los mismos alimentos.	.63
18	Me gusta que la ropa me quede ajustada.	.44

Mientras que el quinto factor reportó el 4,1% de la variabilidad total, el cual se podría rotular como *Obsesiones y Compulsiones* ( $\alpha = 0.51$ ).

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
12	Nota que los demás preferían que yo comiese más.	.82
33	Nota que los demás me presionan para que coma.	.78
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgada.	.71

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
8	Corto mis alimentos en trozos pequeños.	.72
26	Tardo en comer más que las otras personas.	.68

Mientras que el **noveno factor** explicó el 2.7% de la variabilidad total; sin embargo, sólo está representado por un reactivo.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
20	Me levanto pronto por las mañanas.	.63

El **décimo factor** explicó el 2.6% de la variabilidad total, y aunque sólo incluye dos reactivos, estos hacen referencia a *Trastornos psicobiológicos*.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
35	Tengo estreñimiento.	.76
38	Me gusta sentir el estómago vacío	.44

El **onceavo factor** explicó el 2.6% de la variabilidad total, sin embargo consta de un solo reactivo y éste se traslapa con el factor 1, antes mencionado.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	.71

El **doceavo factor** explicó el 2.6% de la variabilidad total; nuevamente este factor consta de un solo ítem y también se traslaparía con otro factor.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
2	Preparo comidas para otros, pero yo no me la como.	.78

Finalmente, el **treceavo factor** explicó el 2.5% de la variabilidad total, pero sólo consta de un factor y se traslaparía con el factor 7, ya mencionado.

Ítem	Contenido del ítem	Ponderación
23	Tengo la menstruación regular.	.83

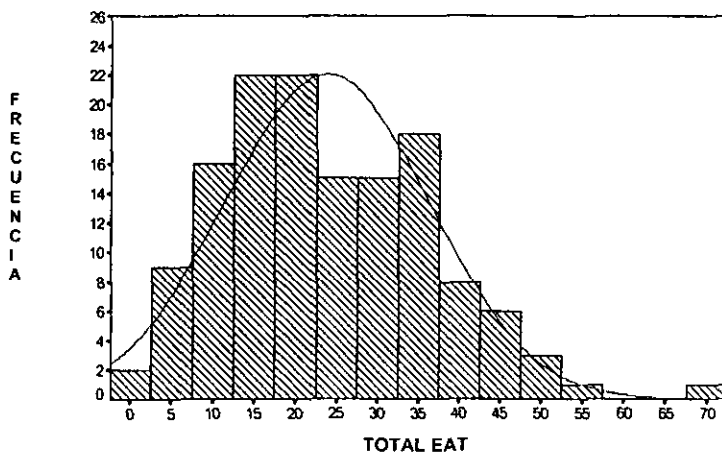
A partir de lo anterior, se decidió eliminar seis de los factores originales: 8, 9, 10, 11, 12 y 13, conservando así una estructura de siete factores, con la cual se explica el 37.2% de la varianza total.

## 2ª. FASE

### 2.1. Análisis de Confiabilidad de la Escala

Se analizó la distribución de frecuencia de la población de esta segunda fase ( $n=140$ ) en cuanto a su puntuación total en el EAT (Gráfica 2-E). Su puntuación promedio fue de  $23.15 \pm 13.42$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 13 a 22, aunque de acuerdo a la curva de normalidad éste se situaría en el rango con puntuación de 22 a 25. Finalmente, fue el 32.6% de esta muestra el que rebasó el punto de corte  $\geq 30$  (Garner y Garfinkel, 1979).

GRÁFICA 2-E



Gráfica 2-E. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del EAT.



El análisis de la confiabilidad se realizó calculando el Coeficiente Alpha de Cronbach, empleando específicamente el método de matriz covariante. Este análisis nos reportó que el EAT cuenta con un buen grado de consistencia interna ( $\alpha = 0.83$ ). Lo mismo se observó respecto al alfa estandarizada por ítem (0.84). En cuanto a este coeficiente por muestra, se detectó que éste fue de 0.76 para el grupo con trastorno alimentario ( $n = 60$ ) y de 0.93 para el grupo control ( $n = 78$ ). Solamente si se anularan los ítems que aparecen en la tabla 3-E aumentaría el valor de alfa de la escala, es decir que se vería aumentado el índice de confiabilidad del instrumento.

Sin embargo, se observó que en caso de que se anulara alguna de esas preguntas del EAT, el incremento en el coeficiente de fiabilidad Alpha sería mínimo, y por lo mismo poco sustancial, ya que el incremento más significativo se obtendría al descartar el ítem 23 ( $\alpha = .84$ ), el cual refiere a la irregularidad menstrual.

**TABLA 3-E**

<i>No. de ítem</i>	<i>Correlación ítem-total</i>	<i>Alpha &gt; .8328</i>
23	-.0040	.8382
Tengo la menstruación regular.		
18	.0590	.8364
Me gusta que la ropa me quede ajustada.		
7	.0863	.8361
A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.		
24	.1136	.8359
Los demás piensan que estoy demasiado delgada.		

Tabla 3-E Ítems que de anularse aumentaría el valor de Alpha.

Mientras que al analizar la confiabilidad de la escala a partir del método por mitades y específicamente por el de matriz covariante, se observó que el coeficiente de correlación entre las dos partes del EAT fue adecuado (0.74). Sin embargo, al aplicar las fórmulas de Guttman y la de Spearman-Brown, ambos coeficientes fueron

significativamente más altos: 0.85 en ambos casos. Lo cual confirma que el EAT posee una adecuada consistencia interna. Por otro lado, se pudo observar que 36 de los 40 reactivos del EAT se correlacionaron de manera positiva y significativa con el puntaje total. Sin embargo, sólo seis ítems mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para considerarse con *capacidad para predecir* ( $r \geq 0.50$ ,  $p \leq .0001$ ):

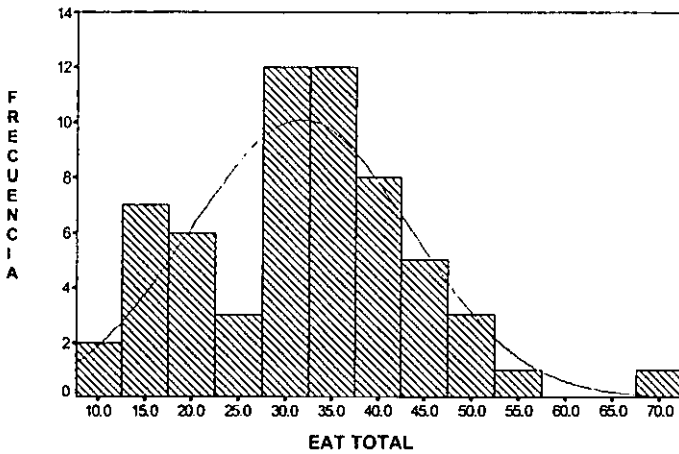
- 4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.
- 10.- Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos.
- 15.- Me preocupa el deseo de estar más delgada.
- 22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- 25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
- 37.- Me comprometo a hacer dietas.

En el caso de 17 reactivos, su correlación fue *moderada* ( $r \geq 0.30$ ,  $p \leq .0001$ ); finalmente, 12 ítems mostraron una correlación *débil* ( $r \geq 0.20$ ), aunque estadísticamente significativa: 3 ítems ( $p \leq .001$ ), 6 ítems ( $p \leq .01$ ) y 3 ítems ( $p \leq .05$ ). Finalmente, fueron 5 las preguntas *pobremente* correlacionadas con la puntuación total del EAT ( $r \leq 0.20$ ), siendo éstas las: 2, 3, 7, 18 y 23.

## 2.2. Análisis de la validez discriminante y predictiva

En primer lugar, para esta fase del procedimiento se analizó la distribución de frecuencia de la muestra diagnosticada con trastorno alimentario ( $n=60$ ) en cuanto a su puntuación total en el EAT (Gráfica 3-E). Su puntuación promedio fue de  $31.70 \pm 11.83$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 28 a 37, el cual coincide exactamente con la cúspide de la curva de normalidad. Mientras que 61.7% de esta muestra rebasó el punto de corte  $\geq 30$ .

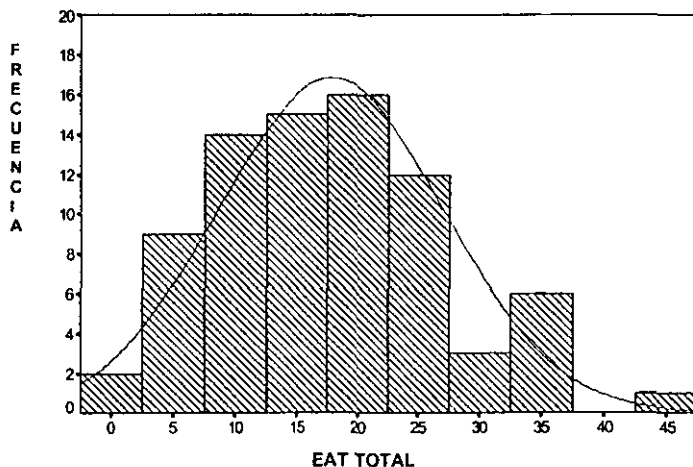
### GRÁFICA 3-E



Gráfica 3-E. Distribución de frecuencias del grupo con trastorno alimentario y curva de normalidad respecto al puntaje total del EAT.

En tanto que la puntuación promedio del grupo control ( $n= 78$ ) fue de  $17.80 \pm 9.20$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 18 a 22 (ver gráfica 4-E), en tanto que la cúspide de la curva de normalidad se sitúa en el rango de 15 a 20. Finalmente, sólo el 10.3% rebasó el punto de corte ( $EAT \geq 30$ ).

GRÁFICA 4-E



Gráfica 4-E. Distribución de frecuencias del grupo control y curva de normalidad respecto al puntaje total del EAT.

Al calcular el coeficiente de validez de los siete factores aquí determinados con respecto a su capacidad para predecir la presencia o ausencia del trastorno alimentario, se comprobó la capacidad de todos ellos. Sin embargo, su valor de confiabilidad fue diverso; por ejemplo: *Motivación para adelgazar* ( $r = 0.48$ ,  $p \leq .0001$ ); *Preocupación por la comida* ( $r = 0.26$ ), *Presión social percibida* ( $r = 0.25$ ), *Patrones y estilos alimentarios* ( $r = 0.26$ ), los tres con una  $p \leq .001$ ; finalmente, *Evitación de alimentos engordantes* ( $r = 0.22$ ), *Conductas compensatorias* ( $r = 0.23$ ), y *Obsesiones y compulsiones* ( $r = 0.22$ ), los tres con una  $p \leq .01$ .

Con la finalidad de explorar la capacidad del puntaje total del EAT y de sus factores, para discriminar a las jóvenes con trastorno alimentario así como de los tipos específicos de trastorno, se realizaron una serie de comparaciones.

Una primera comparación se realizó entre las puntuaciones promedio obtenidas por las jóvenes con algún tipo de trastorno alimentario ( $n = 60$ ) y el grupo control ( $n = 78$ )

en cuanto a la puntuación total en el EAT (ver tabla 4-E), así como en los tres factores en que Garner *et al.* (1982) lo dividen en: *Dieta* (F1); *Bulimia y preocupación por la comida* (F2); y *Control oral* (F3). Y en los tres también identificados por Castro *et al.* (1991): *Dieta y preocupación por la comida* (FA); *Presión social percibida y angustia alimentaria* (FB); y *Trastornos psicobiológicos* (FC).

**TABLA 4-E**

GRUPOS	F1	F2	F3	FA	FB	FC	TOTAL-EAT
C/TRAST. (n= 60)	13.52 ± .85	2.30 ± .35	6.53 ± .57	22.32 ± 1.26	5.65 ± .48	2.28 ± .29	31.57 ± 1.50
S/TRAST. (n= 78)	6.46 ± .62	0.88 ± .15	3.81 ± .37	11.95 ± .92	2.99 ± .35	1.15 ± .13	17.81 ± 1.03
t =	6.88	4.00	4.18	6.78	4.59	3.80	7.80

Tabla 4-E. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar obtenidos por el grupo con trastorno (C/ Trast.) y el grupo control (S/ Trast.) con respecto al puntaje total en el EAT, así como en los tres factores identificados por Garner *et al.* (F1, F2 y F3), así como los de Castro *et al.* (FA, FB y FC). \*  $p \leq .0001$

Tanto en la puntuación total así como en los seis factores evaluados se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos, obteniendo el grupo con trastorno alimentario un puntaje significativamente mayor ( $p \leq .0001$ ) al del grupo control en todos los casos. Se puede observar que tanto el puntaje total del EAT así como los factores propuestos por Garner *et al.* (1982) y los de Castro *et al.* (1991), son útiles para discriminar a las jóvenes mexicanas con trastorno alimentario.

Asimismo, cabe destacar que el grupo con trastorno alimentario mostró un puntaje promedio en el total del EAT, que si bien rebasa ligeramente el punto de corte (P.C.  $\geq 30$ ) propuesto por Garner y Garfinkel (1979) y Garner *et al.* (1982), y más tarde, avalado por Castro *et al.* (1991), reporta una mayor sensibilidad el de  $\geq 28$ , sugerido en el presente estudio de validación del EAT como el más consistente y apto para detectar la presencia de trastorno alimentario.

Como contraparte, se realizó dicha comparación pero con base en los siete factores derivados a partir del análisis factorial llevado a cabo en la presente investigación (ver tabla 5-E), los cuales son: *Motivación para adelgazar* (F1A); *Evitación*

de alimentos engordantes (F2A); Preocupación por la comida (F3A); Presión social percibida (F4A); Obsesiones y compulsiones (F5A); Patrones y estilos alimentarios (F6A); y Conductas compensatorias (F7A). También se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a todos los factores ( $p \leq .01$ ), aunque sólo la correspondiente al F1 reportó una  $p \leq .0001$ .

**TABLA 5-E**

GRUPOS	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A	F6A	F7A
<b>C/TRAST.</b>	9.23	1.88	1.08	2.48	1.98	2.57	0.45
(n= 60)	± .47	± .28	± .25	± .31	± .22	± .25	± .16
<b>S/TRAST.</b>	4.87	0.99	0.31	1.36	1.35	1.61	0.05
(n= 78)	± .48	± .20	± .09	± .23	± .13	± .17	± .03
t =	6.38	2.65	3.21	2.98	2.62	3.19	2.78
	**	*	.	.	.	.	.

Tabla 5-E. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar obtenidos por el grupo con trastorno (C/ Trast.) y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los siete factores identificados en la presente investigación.  
\*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .0001$

Lo que permite referir que los siete factores aquí identificados también son útiles para discriminar entre las jóvenes con trastorno alimentario y las del grupo control. Y si bien la probabilidad de error parece aumentar ligeramente, sin duda permiten abarcar y analizar otros síntomas o componentes del trastorno alimentario.

En el caso de la comparación realizada entre los diferentes grupos de trastorno alimentario (ver anexo 3) en cuanto a la puntuación total registrada en el EAT (tabla 6-E), se observó la existencia de diferencias significativas ( $p \leq .0001$ ).

**TABLA 6-E**

	ANOREXIA (n= 14)	BULIMIA (n= 15)	TCANE 1 (n= 3)	TCANE 2 (n= 5)	TCANE 3 (n= 8)	TCANE 4 (n= 16)	S/TRAST. (n= 79)	ANOVA
Media	35.86	28.67	20.33	33.60	28.75	33.44	17.81	F= 11.84
Error Estand.	± 3.34	± 3.95	± 2.91	± 3.83	± 4.03	± 1.84	± 1.03	$p \leq .0001$
Prueba de Duncan	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↓	

Tabla 6-E. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje total en el EAT entre los diferentes grupos diagnosticados con algún tipo específico de trastorno alimentario, así como el grupo control (S/Trast.).

Particularmente, las anoréxicas obtuvieron una mayor puntuación promedio que las jóvenes con diagnóstico de TCANE 1 y las del grupo control (sin trastorno); aunque los otros cinco grupos con trastorno alimentario también mostraron una puntuación significativamente mayor a la del grupo control.

Cuando se repitió la misma condición de comparación pero conjuntando en un mismo grupo a las jóvenes con diagnóstico de algún tipo de TCANE (tabla 7-E), se pudo observar que los tres grupos con trastorno alimentario mostraron una puntuación significativamente mayor ( $p \leq .0001$ ) a la del grupo control.

**TABLA 7-E**

	<b>ANOREXIA</b> (n= 14)	<b>BULIMIA</b> (n= 15)	<b>TCANE 's</b> (n= 32)	<b>S/TRAST.</b> (n= 79)	<b>ANOVA</b>
<b>Media</b>	35.86	28.67	31.06	17.81	F= 21.75
<b>Error Estand.</b>	± 3.34	± 3.95	± 1.61	± 1.03	p ≤ .0001
<b>Prueba de Duncan</b>	↑	↑	↑	↓	

Tabla 7-E. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje total en el EAT entre los diferentes grupos diagnosticados con algún tipo específico de trastorno alimentario, así como el grupo control (S/Trast.).

Analizando las anteriores comparaciones, se puede determinar que el puntaje promedio del total en el EAT permite diferenciar de manera más precisa a las jóvenes con anorexia, con TCANE 2 o con TCANE 4, respecto a las que presentan bulimia, TCANE 3 o TCANE 1. Lo cual, de entrada confirma el hecho de que el EAT, si bien pretende valorar y detectar la presencia de la sintomatología de trastorno alimentario, éste presenta un sesgo o tendencia hacia la del tipo anoréxico.

Por otro lado, se comparó a los siete grupos —seis con algún trastorno alimentario y uno control— (ver tabla 8-E), en cuanto a los puntajes promedio obtenidos en los tres factores extraídos por Garner *et al.* (1982) y los otros tres referidos por Castro *et al.* (1991), se determinaron diferencias significativas respecto a estos seis factores (ver anexo 4).

En el caso de F1) *Dieta* y FA) *Dieta y preocupación por la comida*, se observó exactamente la misma tendencia, es decir, en ambos factores todos los grupos con trastorno mostraron una puntuación promedio significativamente mayor a la del grupo control ( $p \leq .0001$ ).

**TABLA 8-E**

GRUPOS	F1	F2	F3	FA	FB	FC
<b>ANOREXIA</b>	13.07	2.43	10.14	24.07	7.93	2.50
(1)	± 1.67	± .71	± 1.18	± 2.46	± 1.08	± .90
<b>BULIMIA</b>	11.64	3.79	4.86	18.71	5.79	2.71
(2)	± 2.25	± 1.07	± 1.05	± 3.48	± 1.07	± .64
<b>TCANE 1</b>	9.33	1.00	5.00	15.33	3.67	1.00
(3)	± 1.45	± .45	± 1.53	± 3.38	± 1.03	± 0
<b>TCANE 2</b>	12.80	1.40	8.60	24.80	7.20	2.00
(4)	± 3.77	± .51	± 1.89	± 2.85	± 1.50	± .63
<b>TCANE 3</b>	14.62	1.12	4.50	20.12	4.50	2.12
(5)	± .62	± .40	± 1.53	± 3.59	± 1.30	± .67
<b>TCANE 4</b>	13.52	2.00	5.50	25.56	5.65	2.12
(6)	± .85	± .54	± .88	± 1.82	± .48	± .39
<b>S/TRAST.</b>	6.46	0.88	3.81	11.95	2.99	1.15
(7)	± .62	± .15	± .37	± .92	± .35	± .13
<b>VALOR F</b>	8.96	5.01	7.24	9.12	6.10	2.87
	**	**	**	**	**	*
<b>Prueba de Duncan</b>	5,6,1,4,2, 3 vs 7	2, 1 vs 7 2 vs 3,5,4,6	1,4 vs 7 1 vs 5,2,3,6	6,4,1,5, 2,3 vs 7	1,4,2, vs 7 1 vs 3,5,6	2,1 vs 3,7

Tabla 8-E. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los tres factores propuestos por Garner *et al.* (F1, F2 y F3), así como los de Castro *et al.* (FA, FB y FC). \*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .0001$

En el factor F2) *Bulimia y preocupación por la comida*, las jóvenes bulímicas y las anoréxicas fueron las que obtuvieron un puntaje significativamente mayor ( $p \leq .0001$ ) al del grupo sin trastorno alimentario. Lo mismo se observó al comparar a las bulímicas respecto a los cuatro grupos con algún trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE's). En cuanto al F3) *Control oral*, fueron los grupos 1 (anorexia) y 4 (TCANE 2) los que obtuvieron significativamente mayor puntaje que el grupo control ( $p \leq .0001$ ), e incluso el del grupo con anorexia también lo fue respecto a los otros grupos con trastorno alimentario, excepto TCANE 2.

Mientras que en el factor FB) *Presión social percibida y angustia alimentaria*, los grupos: anorexia, TCANE 2 y bulimia presentaron una puntuación significativamente



mayor a la del grupo control ( $p \leq .0001$ ). En tanto, que particularmente, la del primer grupo (anorexia) también fue mayor a la de los TCANE 1, 3 y 4. Finalmente, en el FC) Trastornos psicobiológicos, los grupos de anorexia y bulimia reportaron presentar estos trastornos significativamente más que las jóvenes con TCANE 1 y control ( $p \leq .01$ ).

De lo anterior, se puede aducir que en lo general, los seis factores del EAT analizados (tres de Garner *et al.*, 1982 y tres de Castro *et al.*, 1991) son capaces de discriminar entre la población con trastorno alimentario respecto a la que no lo presenta. Sin embargo, en lo particular también permiten identificar a algún (os) tipos específicos de trastorno alimentario. Esto sin duda debido al síntoma o componente específico que evalúan. Así, como se puede observar, el factor *Dieta* (F1, Garner *et al.*, 1982) y el *Dieta y preocupación por la comida* (FA, Castro *et al.*, 1991) son el eje rector para discriminar entre la condición global: presencia o ausencia de trastorno alimentario.

Cuando se realizó la misma comparación entre los grupos pero a partir de los siete factores aquí identificados (ver anexo 3), se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto a todos los factores (tabla 9-E), excepto el F5A): *Obsesiones y compulsiones*. Respecto a los otros seis factores, sólo en el F1A) *Motivación para adelgazar*, los seis grupos con trastorno alimentario la presentaron significativamente en mayor medida que el grupo control ( $p \leq .0001$ ).

En cuanto al factor: *Evitación de alimentos engordantes* (F2A), los grupos 6 (TCANE 4) y 1 (anorexia) mostraron ser significativamente diferentes a los grupos TCANE 1, control y bulimia ( $p \leq .05$ ). Contrariamente, en el F3A) *Preocupación por la comida*, fueron el grupo de jóvenes bulímicas las que la presentaron en mayor medida que los otros grupos ( $p \leq .0001$ ), excepto el grupo 5 (TCANE 3), con el cual no mostró diferir significativamente. Cabe mencionar que los grupos con TCANE 1 y 2 presentaron puntaje de cero.

Mientras que en el caso del factor F4A) *Presión social percibida*, fueron los grupos de anorexia y TCANE 1 los que obtuvieron una puntuación promedio

significativamente mayor a la de los otros grupos ( $p \leq .001$ ). En cuanto al F6A) *Patrones y estilos alimentarios*, fueron el grupo 1 (anorexia) y el 6 (TCANE 4) los que difirieron significativamente respecto a los otros grupos ( $p \leq .01$ ), excepto al grupo con TCANE 2. Finalmente, en el factor *Conductas compensatorias* (F7A), los grupos de bulimia y anorexia refirieron significativamente mayor ocurrencia de estas conductas que todos los demás grupos ( $p \leq .0001$ ), y estuvieron del todo ausentes en las jóvenes con TCANE 1 o 2.

TABLA 9-E

GRUPOS	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A	F6A	F7A
ANOREXIA (1)	9.36 ± 1.03	2.29 ± .62	0.79 ± .31	4.14 ± .67	2.07 ± .53	3.29 ± .61	0.64 ± .24
BULIMIA (2)	8.00 ± 1.30	1.00 ± .39	2.29 ± .68	2.36 ± .63	2.14 ± .55	1.71 ± .44	1.21 ± .43
TCANE 1 (3)	8.00 ± 2.00	0.33 ± .03	0	4.14 ± .95	1.33 ± .68	1.67 ± .47	0
TCANE 2 (4)	9.60 ± 1.47	2.00 ± .89	0	2.36 ± .75	2.40 ± .68	2.36 ± .86	0
TCANE 3 (5)	9.62 ± 1.05	1.75 ± .88	1.12 ± .48	1.75 ± .45	2.00 ± .60	1.62 ± .50	0
TCANE 4 (6)	10.12 ± .68	2.62 ± .62	0.81 ± .31	1.19 ± .30	1.75 ± .36	3.12 ± .44	0.06 ± .02
S/TRAST. (7)	4.87 ± .48	0.99 ± .20	0.31 ± .09	1.36 ± .23	1.35 ± .13	1.61 ± .17	0.05 ± .02
VALOR F	7.07 ****	2.47 *	4.83 ***	4.62 ***	1.40 N/S	3.78 **	5.36 ****
Prueba de Duncan	6,5,4,1,2, 3 vs 7	6,1 vs 3,7,2	2 vs 3,4,7,1,6	1,3 vs 6,7,5,4,2		1,6 vs 7,5,3,2	2,1 vs 3,4, 5,7,6

Tabla 9-E. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los siete factores propuestos a partir del presente estudio de validación.

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$  \*\*\*\*  $p \leq .0001$

Se llevó a cabo una última exploración al conjuntar a los cuatro tipos de TCANE presentes (anexo 3) en un solo grupo. Primero se comparó con base en los factores de Garner *et al.* (1982) y de Castro *et al.* (1991), observándose lo siguiente (ver tabla 10-E).

Respecto a cuatro de dichos factores (F1- *Dieta*; FA- *Dieta y preocupación por la comida*; FB- *Presión social percibida y angustia alimentaria*; y FC- *Trastornos psicobiológicos*) se observó básicamente la misma tendencia, ya que en ellos fueron los

tres grupos con trastorno alimentario los que mostraron puntuaciones promedio significativamente mayores a las del grupo control ( $p \leq .0001$ ); aunque en cuanto al último factor mencionado, el valor de probabilidad fue menor ( $p \leq .01$ ).

En tanto que la F2) *Bulimia y preocupación por la comida*, estuvieron significativamente más presentes en las jóvenes con anorexia y bulimia que en el grupo control ( $p \leq .0001$ ). Contrariamente, en lo que supone al factor *Control oral* (F3), fueron el grupo 1 (anorexia) y 3 (TCANE's) los que difirieron significativamente del grupo control ( $p \leq .0001$ ); particularmente, también esto se observó entre el grupo 1 y los otros dos grupos con trastorno alimentario.

**TABLA 10-E**

GRUPOS	F1	F2	F3	FA	FB	FC
<b>ANOREXIA</b>	13.07	2.43	10.14	24.07	7.93	2.50
(1)	± 1.67	± .71	± 1.18	± 2.46	± 1.08	± .90
<b>BULIMIA</b>	11.64	3.79	4.86	18.71	5.79	2.71
(2)	± 2.25	± 1.07	± 1.05	± 3.48	± 1.07	± .64
<b>TCANE 's</b>	14.53	1.59	5.69	23.12	4.59	2.00
(3)	± 1.28	± .31	± .68	± 1.26	± 1.29	± .27
<b>S/TRAST.</b>	6.46	0.88	3.81	11.95	2.99	1.15
(4)	± .62	± .15	± .37	± .92	± .35	± .13
<b>VALOR F</b>	16.60	9.67	12.89	16.47	10.80	5.45
	**	**	**	**	**	*
<b>Prueba de Duncan</b>	3,1,2 vs 4	2,1 vs 4 2 vs 3	1,3 vs 4 1 vs 2,3	1,3,2 vs 4	1,2,3 vs 4 1 vs 3	2,1,3 vs 4

Tabla 10-E. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los tres factores propuestos por Garner *et al.* (F1, F2 y F3), así como los de Castro *et al.* (FA, FB y FC).  
\*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .0001$ .

Seguidamente, se volvió a comparar pero con base en los siete factores derivados del análisis factorial realizado en el presente trabajo (ver anexo 3). Sólo el F5A) *Obsesiones y compulsiones*, de nuevo no mostró diferencias significativas entre los grupos, ya que si bien se observa una tendencia a ser mayores en los grupos con trastorno alimentario, esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa (tabla11-E).

En el caso del factor F1A) *Motivación para adelgazar*, los tres grupos con trastorno alimentario la presentaron significativamente más que el grupo control ( $p \leq$

.0001). En tanto, en lo que corresponde a la *Presión social percibida* (factor F4A), fue el grupo de jóvenes con anorexia las que reportaron percibir significativamente mayor presión que los otros tres grupos ( $p \leq .001$ ). Contrariamente, fueron las bulímicas las que mostraron esta misma tendencia respecto a los otros grupos ( $p \leq .0001$ ), pero en lo que refiere a la *Preocupación por la comida* (F3A).

Mientras que en los factores: *Evitación de alimentos engordantes* (F2A) y *Patrones y estilos alimentarios* (F6A) se observó que los grupos anorexia y TCANE's presentaron en ambos factores puntuaciones significativamente mayores a las del grupo control ( $p \leq .01$ ). Finalmente, en el F7A) *Conductas compensatorias*, las bulímicas y las anoréxicas reportaron presentar estas conductas con mayor frecuencia que los otros dos grupos ( $p \leq .0001$ ).

TABLA 11-E

GRUPOS	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A	F6A	F7A
ANOREXIA	9.36	2.29	0.79	4.14	2.07	3.29	0.64
(1)	± 1.03	± .62	± .31	± .67	± .53	± .61	± .24
BULIMIA	8.00	1.00	2.29	2.36	2.14	1.71	1.21
(2)	± 1.30	± .39	± .68	± .63	± .55	± .44	± .43
TCANE 's	9.72	2.09	0.69	1.81	1.87	2.62	0.03
(3)	± .50	± .62	.24	± .37	± .26	± .33	± .01
S/TRAST.	4.87	0.99	0.31	1.36	1.35	1.61	0.05
(4)	± .48	± .20	± .09	± .23	± .13	± .17	± .02
VALOR F	14.15	3.63	8.63	7.11	2.40	5.50	6.49
	***	*	***	**	N/S	*	***
Prueba de Duncan	3,1,2 vs 4	1,3 vs 4	2 vs 4,3,1	1 vs 4,3,2		1,3 vs 4 1 vs 2	2,1 vs 3,4

Tabla 11-E. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.), con respecto a los siete factores propuestos a partir del presente estudio de validación.

\*  $p \leq .01$ , \*\*  $p \leq .001$ , \*\*\*  $p \leq .0001$

Como se puede observar, si bien sólo el factor *Motivación para adelgazar* permite discriminar en cuanto a la presencia o ausencia de trastorno alimentario —sea cual sea el tipo de éste—, los otros factores permiten también discriminar, aunque de manera más particular, entre los diferentes tipos de trastorno alimentario.

Por otro lado, para evaluar la capacidad del EAT para identificar a la población con anorexia y otros trastornos alimentarios, se exploraron cinco diferentes puntos de

corte: 30, 28, 27, 25 y 21 (Tabla 12-E), considerando que Garner y Garfinkel (1979) sugieren dos en específico (30 y 21).

**TABLA 12-E**

<b>PUNTO DE CORTE</b>	<b>SENSIB.</b>	<b>ESPECIF.</b>	<b>V.P.P.</b>	<b>V.P.N.</b>	<b>PREVAL.</b>	<b>MALAS CLASIFIC.</b>	<b>VALOR GLOBAL</b>
<b>T O D O S</b>	<b>L O S</b>	<b>T R A S T O R N O S</b>	<b>A</b>	<b>Y</b>	<b>B U L I M I A</b>		
≥ 30	61	90	82	75	44	23	77
≥ 28 *	69	87	81	78	44	21	79
≥ 27	70	85	78	79	44	20	78
≥ 25	72	81	75	79	44	23	77
≥ 21	84	59	62	82	44	30	70
<b>A N O R E X I A</b>	<b>S O L O A</b>	<b>N O R E X I A</b>	<b>A + T C A N E</b>	<b>1, 2</b>	<b>y 4</b>		
≥ 30	55	90	66	85	27	19	81
≥ 28	65	87	65	87	27	19	81
≥ 27 *	69	85	63	88	27	18	82
≥ 25	69	81	57	88	27	22	78
≥ 21	79	59	42	89	27	35	65
<b>S O L O A</b>	<b>N O R E X I A</b>	<b>A + T C A N E</b>	<b>1, 2</b>	<b>y 4</b>			
≥ 30	71	90	56	95	15	13	87
≥ 28 *	86	87	54	97	15	13	87
≥ 27	86	85	50	95	15	15	85
≥ 25	86	81	44	97	15	18	82
≥ 21	93	59	29	98	15	35	49
<b>A N O R E X I A + T C A N E</b>	<b>1, 2</b>	<b>y 4</b>					
≥ 30	71	90	77	87	32	16	84
≥ 28 *	79	87	75	90	32	15	85
≥ 27	79	85	71	89	32	17	83
≥ 25	82	81	67	90	32	19	81
≥ 21	92	59	52	94	32	30	70
<b>A N O R E X I A + T C A N E</b>	<b>1</b>	<b>y 2</b>					
≥ 30	59	90	62	89	2	17	83
≥ 28 *	73	87	61	92	22	16	84
≥ 27	73	85	57	92	22	18	82
≥ 25	77	81	53	93	22	20	80
≥ 21	91	59	38	96	22	34	66

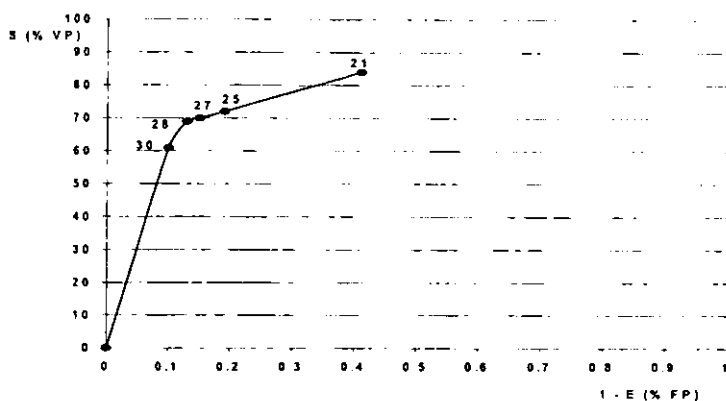
Tabla 12-E. Expresa los valores en cada uno de los indicadores empleados para analizar la capacidad del EAT y de cinco diferentes puntos de corte para identificar a los sujetos con algún trastorno alimentario.

\* Punto de corte ideal correspondiente a cada una de las condiciones diagnósticas analizadas.

Al graficar la sensibilidad y la especificidad por medio de la curva de rendimiento diagnóstico, se pudo observar que para la condición de que el EAT identifique a todas aquellas pacientes con trastorno alimentario (ver gráfica 5-E), el punto de corte que resulta más adecuado para este fin es el de 28, ya que representa el mayor equilibrio

entre la sensibilidad (69%) y la especificidad (87%); sin embargo, se presentaron algunas malas clasificaciones (21%, respecto a la muestra total), de los cuales 9 fueron *falsos positivos* (11.0% del grupo control) y 19 *falsos negativos* (32.0% del grupo con trastorno). Lo cual quiere decir que el EAT con el punto de corte de 28 muestra una buena especificidad para detectar todos los trastornos alimentarios pero su sensibilidad es deficiente.

GRÁFICA 5-E

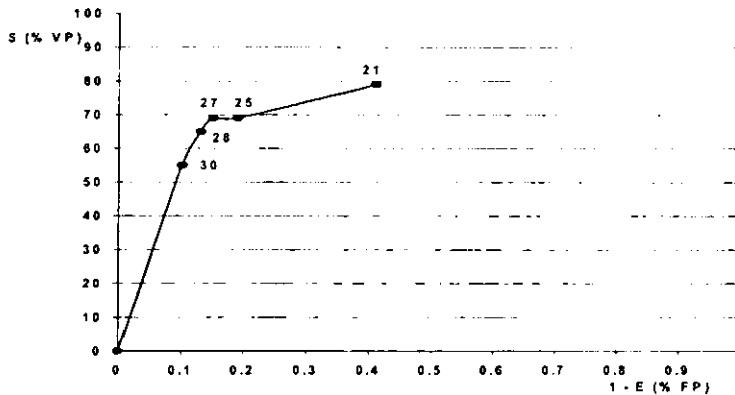


Gráfica 5-E. Curva de rendimiento diagnóstico del EAT correspondiente a la condición global (todos los trastornos alimentarios). Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos- VP) y de especificidad (falsos positivos-FP) con respecto a los cinco puntos de corte explorados.

En la condición en donde se evaluó la capacidad para identificar a las pacientes con anorexia o bulimia, el punto de corte más adecuado para esta condición fue el de 27 (ver gráfica 6-E), el cual supone el punto de mejor equilibrio entre la sensibilidad (69%) y la especificidad (85%). Registrándose para este caso un 18% de malas clasificaciones, correspondiendo a 12 *falsos positivos* (15.0% del grupo control) y 9 *falsos negativos* (31.0 % del grupo con anorexia o bulimia). Esto permite identificar que el EAT con el punto de corte de 27 presenta buena especificidad, pero su sensibilidad

es deficiente para detectar a la anorexia y bulimia de manera conjunta.

### GRÁFICA 6-E

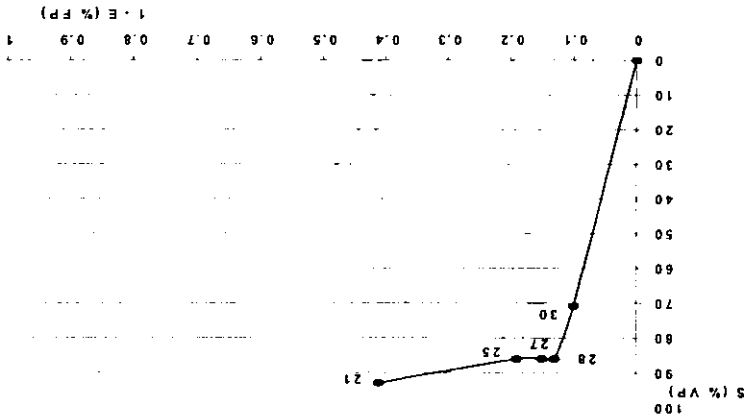


Gráfica 6-E. Curva de rendimiento diagnóstico del EAT correspondiente a la condición de detectar únicamente a la anorexia y la bulimia. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos- VP) y de especificidad (falsos positivos-FP) con respecto a los cinco puntos de corte explorados.

Quando se evaluó la capacidad de EAT para identificar únicamente a las pacientes con anorexia, se observó que el punto de corte más adecuado (gráfica 7-E) fue el de 28, el que representa el punto de mejor equilibrio entre la sensibilidad (86%) y la especificidad (87%). No obstante, las malas clasificaciones representaron el 13%, específicamente 10 *falsos positivos* (7.8% del grupo control) y únicamente 2 *falsos negativos* (14% del grupo con anorexia). A partir de lo cual, se puede determinar que el EAT para identificar sólo a los casos con anorexia nerviosa mostró buena sensibilidad y especificidad.

En la condición en donde se evaluó la capacidad para identificar a las pacientes con anorexia, TCANE 1, TCANE 2 y TCANE 4, el punto de corte más adecuado para esta condición fue el de 28 (ver gráfica 8-E), el cual supone el punto de mejor equilibrio entre la sensibilidad (79%) y la especificidad (87%). Registraránse para este caso un 15% de malas clasificaciones, correspondiendo a 10 *falsos positivos* (7.8% del grupo control) y 8 *falsos negativos* (21% del grupo con trastorno). Esto permite observar que el EAT con este punto de corte presenta una buena especificidad y una adecuada sensibilidad.

Gráfica 7-E. Curva de rendimiento diagnóstico del EAT correspondiente a la condición de detectar únicamente a los casos de anorexia nerviosa. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos - VP) y de especificidad (falsos positivos - FP) con respecto a los cinco puntos de corte explorados.

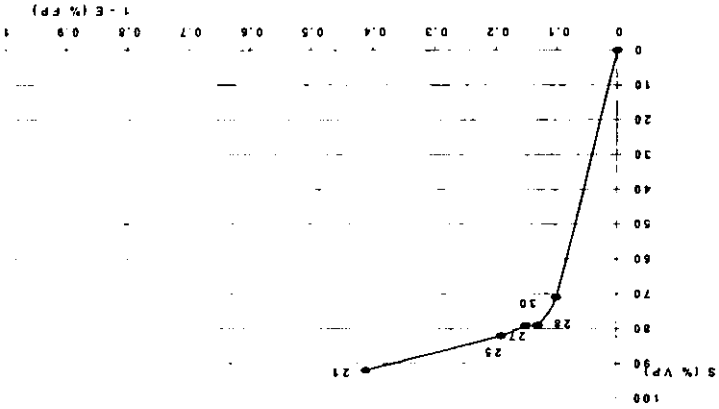


GRÁFICA 7-E



Mientras que en la condición en donde se evaluó la capacidad del EAT para identificar únicamente a las pacientes con anorexia, TCANE 1 y TCANE 2, el punto de corte más adecuado para esta condición fue el de 28 (ver gráfica 9-E), el que supone el punto de mejor equilibrio entre la sensibilidad (73%) y la especificidad (87%). Registrándose para este caso un 16% de malas clasificaciones, correspondiendo a 10 *falsos positivos* (7.8% del grupo control) y 6 *falsos negativos* (27% del grupo con estos tipos de trastorno. Esto permite determinar que el EAT con el punto de corte de 28 presenta una especificidad y sensibilidad adecuadas para detectar a estos tres trastornos.

Gráfica 8-E. Curva de rendimiento diagnóstico del EAT correspondiente a la condición de detectar únicamente los casos de anorexia nerviosa y a los de TCANE 1, 2 y 4. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos - VP) y de especificidad (falsos positivos - FP) con respecto a los cinco puntos de corte explorados.

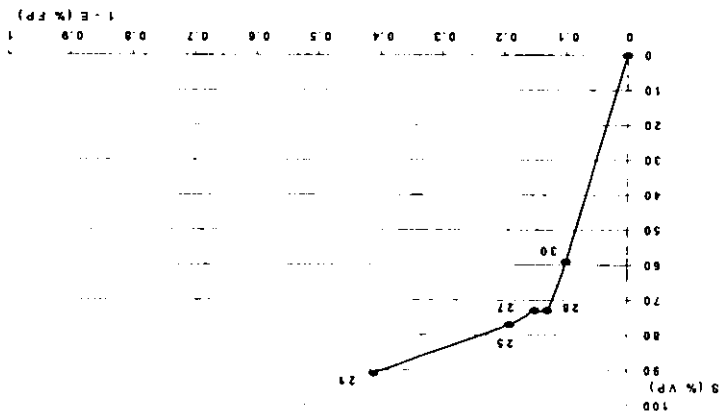


GRÁFICA 8-E

Posteriormente, se realizó una correlación biserial entre cada uno de los ítems y el puntaje total en el EAT con respecto al criterio diagnóstico (presencia o ausencia del trastorno). Se obtuvo un coeficiente de validez global (de tipo predictivo) para detectar todos los trastornos alimentarios aquí considerados —anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, TCANE 1, 2, 3 y 4, de manera conjunta—, el cual fue de  $r = 0.45$ . En tanto, el de únicamente anorexia nerviosa fue de  $r = 0.56$ ; finalmente, para la detección de anorexia nerviosa y TCANE 1, 2 y 4, éste fue de  $r = .61$ . Asimismo, se derivó dicho coeficiente pero para el caso de cada una de las preguntas del EAT (tabla 13-E).

De lo anterior, se puede concluir que sin duda la mejor condición diagnóstica del EAT, es para la detección de la anorexia nerviosa. Sin embargo, también se recomienda su uso para diagnosticar además los trastornos no específicos 1, 2 y 4 (TCANE's). Así, el punto de corte para el  $EAT \geq 28$  demostró ser en ambos casos el más adecuado.

Gráfica 9-E. Curva de rendimiento diagnóstico del EAT correspondiente a la condición de detectar únicamente los casos de anorexia nerviosa y a los de TCANE 1 y 2. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos - VP) y de especificidad (falsos positivos - FP) con respecto a los cinco puntos de corte explorados.



Gráfica 9-E

TABLA 13-E

REACTIVO DEL EAT	GLOBAL	p ≤	REACTIVO DEL EAT	ANOREXIA	p ≤	REACTIVO DEL EAT	ANOREXIA + TCANE 1, 2, 4	p ≤
1	0.19	.05	1	0.25	.01	1	0.18	.05
2	-0.01	N/S	2	-0.08	N/S	2	-0.01	N/S
3	-0.07	N/S	3	-0.04	N/S	3	-0.03	N/S
4	0.31	.001	4	0.40	.0001	4	0.40	.0001
5	0.20	.05	5	0.10	N/S	5	0.15	N/S
6	0.27	.01	6	0.31	.001	6	0.31	.001
7	0.04	N/S	7	0.02	N/S	7	0.04	N/S
8	0.14	N/S	8	0.28	.01	8	0.21	.05
9	0.12	N/S	9	0.22	.05	9	0.16	N/S
10	0.21	.05	10	0.17	N/S	10	0.31	.001
11	0.09	N/S	11	0.07	N/S	11	0.08	N/S
12	0.22	.05	12	0.16	N/S	12	0.16	N/S
13	0.16	N/S	13	0.20	.05	13	0.09	N/S
14	0.22	.05	14	0.21	.05	14	0.09	N/S
15	0.41	.0001	15	0.33	.001	15	0.41	.0001
16	0.12	N/S	16	0.31	.001	16	0.22	.05
17	0.16	N/S	17	0.20	.05	17	0.19	.05
18	0.07	N/S	18	0.10	N/S	18	0.03	N/S
19	0.11	N/S	19	0.21	.05	19	0.21	.05
20	0.15	N/S	20	0.12	N/S	20	0.25	.01
21	-0.01	N/S	21	-0.13	N/S	21	-0.05	N/S
22	0.32	.001	22	0.11	N/S	22	0.30	.001
23	0.03	N/S	23	0.12	N/S	23	0.02	N/S
24	0.10	N/S	24	0.37	.0001	24	0.17	N/S
25	0.38	.0001	25	0.18	.05	25	0.33	.001
26	0.24	.01	26	0.36	.0001	26	0.28	.01
27	0.19	.05	27	0.34	.001	27	0.27	.01
28	0.12	N/S	28	0.20	.05	28	0.14	N/S
29	0.21	.05	29	0.19	.05	29	0.22	.05
30	0.22	.05	30	0.15	N/S	30	0.22	.05
31	0.19	.05	31	0.10	N/S	31	0.09	N/S
32	0.16	N/S	32	0.36	.0001	32	0.37	.0001
33	0.26	.01	33	0.45	.0001	33	0.30	.001
34	0.25	.01	34	-0.06	N/S	34	0.17	N/S
35	0.19	.05	35	0.01	N/S	35	0.08	N/S
36	0.37	.0001	36	0.22	.05	36	0.39	.0001
37	0.26	.01	37	0.26	.01	37	0.27	.01
38	0.21	.05	38	-0.03	N/S	38	0.14	N/S
39	0.18	.05	39	-0.04	N/S	39	0.23	.05
40	0.23	.05	40	0.28	.01	40	0.13	N/S

Tabla 13-E. Coeficientes de correlación (r de Pearson) de cada uno de los reactivos que constituyen el EAT con respecto al criterio diagnóstico

La correlación biserial entre cada uno de los ítems y la condición diagnóstica (trastornos alimentarios-global) mostró que 23 preguntas del EAT presentaron una

correlación significativa. Así, cuatro preguntas mostraron una  $p \leq .0001$ , dos ( $p \leq .001$ ), cinco ( $p \leq .01$ ) y trece ( $p \leq .05$ ). En cuanto a la correlación entre cada uno de los ítems y la condición diagnóstica (anorexia nerviosa), ésta reportó que 22 de los 40 reactivos que conforma el EAT mostraron un coeficiente de correlación significativo. De estos, nueve preguntas mostraron una  $p \leq .0001$ , cuatro ( $p \leq .001$ ), cuatro ( $p \leq .01$ ) y cinco ( $p \leq .05$ ).

Finalmente, en lo que refiere a la tercera condición diagnóstica (anorexia nerviosa + TCANE 1,2 y 4) fueron 21 de 40 las preguntas con un coeficiente de correlación biserial significativo. En cuanto a su distribución en función de su nivel de significancia, ésta fue: cuatro preguntas ( $p \leq .0001$ ), cinco ( $p \leq .001$ ), cuatro ( $p \leq .01$ ) y ocho ( $p \leq .05$ ).

Sin embargo, con el propósito de evaluar la dirección predictiva de cada uno de los 40 ítems del EAT respecto a las dos condiciones diagnósticas ya mencionadas, se llevó a cabo una comparación entre el correspondiente grupo con trastorno y el grupo control en cuanto a la puntuación promedio en cada ítem. Esto se llevó a cabo por medio de la prueba t de Student para muestras independientes.

Primero, para la condición diagnóstica (trastorno alimentario), se detectó que la puntuación promedio de 25 preguntas del EAT fue significativamente mayor en el grupo con trastorno alimentario que el grupo control. Distribuyéndose de la siguiente forma:

- ◆  $p \leq .0001$ .- Preguntas 4, 15, 22, 25 y 36.
- ◆  $p \leq .001$ .- Preguntas 6 y 37.
- ◆  $p \leq .01$ .- Preguntas 5, 10, 12, 14, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 38 y 40.
- ◆  $p \leq .05$ .- Preguntas 1, 17, 31, 32, 35 y 39.

En el caso de la segunda condición diagnóstica (anorexia nerviosa), se detectó que la puntuación promedio de 19 preguntas del EAT fue significativamente mayor en el

grupo con anorexia nerviosa que en grupo control. Y su distribución fue la siguiente:

- ◆  $p \leq .0001$ .- Preguntas 4, 24, 26, 32 y 33.
- ◆  $p \leq .001$ .- Preguntas 6, 15, 16 y 27.
- ◆  $p \leq .01$ .- Preguntas 1, 8, 37 y 40.
- ◆  $p \leq .05$ .- Preguntas 9, 13, 14, 19, 28 y 36.

En tanto, que respecto a la última condición diagnóstica (anorexia nerviosa + TCANE 1, 2 y 4), fueron 21 las preguntas del EAT que mostraron una puntuación promedio significativamente mayor para el grupo con estos tipos de trastorno respecto al grupo control. La distribución fue de la siguiente forma:

- ◆  $p \leq .0001$ .- Preguntas 4, 15, 22, 25 y 36.
- ◆  $p \leq .001$ .- Preguntas 6 y 37.
- ◆  $p \leq .01$ .- Preguntas 5, 10, 12, 14, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 38 y 40.
- ◆  $p \leq .05$ .- Preguntas 1, 8, 17, 19 y 31.

Para finalizar, se aplicó al EAT un análisis estadístico denominado discriminante, con el objetivo de valorar la capacidad de dicho instrumento para discriminar y clasificar adecuadamente a los sujetos con trastorno alimentario. Sin embargo, para efectos prácticos, sólo se reportan los correspondientes a tres condiciones diagnósticas, las que nuevamente mostraron los mejores resultados:

- 1) **global**, es decir, la capacidad del EAT para identificar y clasificar adecuadamente a las jóvenes que presentan algún tipo de trastorno alimentario;
- 2) **anorexia nerviosa**, la capacidad de este instrumento para identificar y clasificar adecuadamente a las jóvenes que presentan este trastorno específico; y
- 3) **AN + TCANE's 1, 2 y 4**, es decir, la capacidad del EAT para identificar y clasificar adecuadamente a las jóvenes con un tipo específico de trastorno alimentario, ya sea éste anorexia nerviosa, TCANE 1, 2 o 4.

Como se puede observar en la tabla 14-E, el Test de Actitudes alimentarias (EAT) respecto a las tres condiciones mostró ser un instrumento capaz de discriminar y clasificar de manera significativa a las jóvenes que presentan un trastorno alimentario respecto a las que no lo presentan ( $p \leq .0001$ ).

**TABLA 14-E**

E.A.T. (Condición)	Lambda de Wilkins	Correlación canónica	F de entrada	Significación
Global	.69535	.5530	59.5856	.0001
Anorexia	.68771	.5675	40.3892	.0001
AN + TCANE'S 1, 2 y 4	.62707	.6107	67.7966	.0001

Tabla 14-E.- Indicadores obtenidos a partir del análisis discriminante practicado sobre el EAT en las tres diferentes condiciones diagnósticas.

Sin embargo, es bajo la tercera condición diagnóstica (AN + TCANE's 1, 2 y 4) que esta capacidad se ve potenciada, ya que ésta derivó una Lambda de Wilkins menor y una F de entrada mayor.

En la siguiente tabla (15-E) se observa que en la condición 1 (global), el EAT discriminó y clasificó adecuadamente al 70% de las jóvenes del grupo con trastorno alimentario (grupo clínico) y al 85.9% de las del grupo sin trastorno alimentario (grupo control). Obteniendo así, que el 78.9% de la muestra considerada en esta condición fue discriminada y correctamente clasificada por el EAT.

En tanto, en la condición 2 (anorexia), el EAT discriminó y clasificó adecuadamente al 50% de las jóvenes con anorexia (grupo clínico) y al 84.8 del grupo control. De modo que el 87.9% de la muestra considerada en esta condición fue

discriminada y correctamente clasificada por el EAT.

Finalmente, en la última condición diagnóstica, el EAT mostró ser capaz de discriminar y clasificar adecuadamente al 71.1% de las jóvenes del grupo clínico que presentaban específicamente alguno de los siguientes trastornos alimentarios: anorexia nerviosa, TCANE 1, TCANE 2 o TCANE 4), así como al 89.6% de las integrantes del grupo control. Por tanto, el 83.6% de las jóvenes consideradas bajo esta condición diagnóstica fue correctamente discriminada y clasificada por el EAT.

**TABLA 15-E**

Grupo real de Pertenencia	Número de Casos	Grupo predicho	
		Grupo Clínico	Grupo Control
Grupo Clínico (Global)	60	42 70.0 %	18 30.0 %
Grupo Control	78	11 14.1 %	67 85.9 %
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 78.99			
Grupo Clínico (Anorexia)	14	7 50.0 %	7 50.0 %
Grupo Control	78	4 5.2 %	73 84.8 %
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 87.91			
Grupo Clínico (Anorexia + TCANE 1,2,4)	38	27 71.1 %	11 28.9 %
Grupo Control	78	8 10.4 %	70 89.6 %
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 83.62			

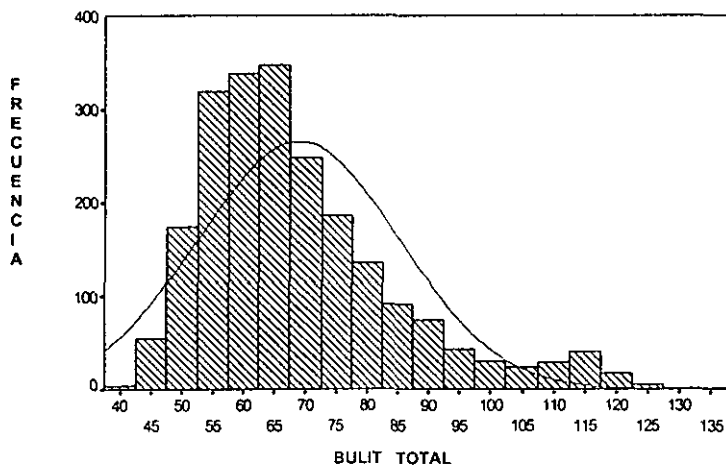
## TEST DE BULIMIA (BULIT)

### 1ª FASE

#### 1.1. Análisis de Confiabilidad de la Escala

En primer lugar, se analizó la distribución de frecuencia de la población ( $n = 2168$ ) en cuanto a su puntuación total en el BULIT (Gráfica 1-B). Su puntuación promedio fue de  $68.80 \pm 16.27$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 63 a 67, aunque de acuerdo a la curva de normalidad éste se situaría en el rango de puntuación de 67 a 72. Finalmente, sólo el 5.7% de esta población rebasó el punto de corte ( $\geq 102$ ) establecido por Smith y Thelen (1984).

GRÁFICA 1-B



Gráfica 1-B. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del BULIT.

El análisis de la confiabilidad se realizó inicialmente al calcular el Coeficiente Alpha de Cronbach, empleando específicamente el método de matriz covariante. Este



análisis reportó que el BULIT cuenta con un buen grado de consistencia interna ( $\alpha=0.88$ ). Lo mismo se observó respecto al alfa estandarizada por ítem (0.89). Solamente si se anularan los siguientes ítems (ver tabla 1-B) aumentaría el valor de alfa de la escala, es decir que se vería aumentado el índice de confiabilidad del instrumento.

**TABLA 1-B**

No. de Ítem	Correlación Ítem-total	Alpha > .8840
5	.0420	.8914
Procuro no comer aunque tenga hambre.		
9	.1701	.8853
¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?		
36	.1747	.8848
Tengo la menstruación una vez al mes.		
25	.2064	.8845
¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?		
33	.1520	.8845
Mi último periodo menstrual fue:		
27	.2409	.8841
Disfruto comiendo en restaurantes.		

Tabla 1-B. Ítems que de anularse aumentaría el valor de Alpha.

Sin embargo, se observa que de anular alguno de dichos ítems, el incremento en el coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  sería mínimo, sin representar ello un aumento sustancial. En tal caso, el mayor incremento se obtendría al descartar el ítem 5 ( $\alpha=.89$ ), que refiere específicamente a una conducta de restricción alimentaria. Por otro lado, al analizar el impacto de eliminar conjuntamente esos cinco reactivos sobre el coeficiente alfa, se observó que el aumento en éste ( $\alpha=.89$ ) tampoco sería sustancial. Asimismo, la pertinencia de esta decisión se podrá valorar más adelante, en función de los subsecuentes análisis.

Al analizar la confiabilidad de la escala a partir del método por mitades y específicamente por el de matriz covariante, se observó que el BULIT reporta un coeficiente de correlación entre las formas de 0.80, el cual al corregirse con base en la fórmula de Spearman-Brown aumentó a 0.87, lo mismo sucedió en cuanto al coeficiente de Guttman (0.86). Por tanto, se confirmó que el BULIT posee una buena consistencia

interna

Al analizar la correlación existente entre cada uno de los ítems con el valor total por medio del coeficiente de Pearson ( $r$ ), se pudo observar que todos los reactivos del BULIT se correlacionaron de manera positiva y significativa ( $p \leq .0001$ ) con el puntaje total. De acuerdo a la clasificación de la magnitud de la correlación (MacRae, 1995; McGuigan, 1996) 14 de los reactivos mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para considerarse como *útiles para predecir* ( $r \geq 0.50$ ), fueron:

- 3.- ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?,
- 4.- ¿Te autodenominarías actualmente una tragona?,
- 8.- Como hasta sentirme demasiado cansada para continuar comiendo?,
- 12.- ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?,
- 13.- Temo comer algo por miedo a no ser capaz de parar,
- 14.- Me siento mal conmigo misma después de comer,
- 16.- ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?,
- 17.- Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta,
- 20.- Me siento triste o deprimida después de comer más de lo que había planeado,
- 24.- Me podría llamar actualmente una comedora compulsiva,
- 26.- Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente,
- 28.- Creo que la comida controla mi vida,
- 29.- Me siento deprimida inmediatamente después de comer más de la cuenta, y
- 35.- ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente?.

En el caso de 16 reactivos, su correlación fue *moderada* ( $r \geq 0.30$ ,  $p \leq .0001$ ); 12 ítems mostraron una *correlación débil* ( $r \geq 0.20$ ), aunque estadísticamente significativa ( $p \leq .0001$ ). Finalmente, fueron sólo 2 las preguntas *pobremente* correlacionadas con la puntuación total del BULIT ( $r \leq 0.20$ ), siendo éstas las: 5 y 33.

## 1.2. Análisis de Validez Factorial

Por otro lado, el análisis de componentes principales extrajo nueve factores con valores propios superiores a la unidad. Los nueve factores explican un 52.1% de la variabilidad total. Las comunalidades para cada variable son elevadas, ya que todas fueron iguales a 1.00 (Tabla 2-B).

TABLA 2-B

<b>Factor</b>	<b>Eigenvalue</b>	<b>% Explicado de la Varianza</b>	<b>%Acumulado</b>
1	8.20	22.8	22.8
2	2.02	5.6	28.4
3	1.73	4.8	33.2
4	1.28	3.5	36.7
5	1.20	3.4	40.1
6	1.16	3.2	43.3
7	1.09	3.0	46.3
8	1.07	3.0	49.3
9	1.01	2.8	52.1

Tabla 2-B. Muestra la estructura factorial detectada por medio del método de componentes principales y confirmada por el método de rotación varimax.

Si bien Smith y Thelen (1984) no especifican el criterio de saturación mínima de un ítem que consideraron para que éste fuese incorporado a un factor, existen estudios de validación que sugieren que para que un ítem sea asignado a un factor cuando debe poseer una carga ponderal igual o superior a 0.40. Por lo que para el presente análisis, se partió de los siguientes criterios:

- ❖ El ítem debe tener una saturación igual o superior a 0.40.
- ❖ Un ítem se incluye en un solo factor, aquél en el que presente un mayor nivel de saturación.
- ❖ Debe existir una congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.
- ❖ Un factor debe estar conformado por al menos tres preguntas.

Al realizarse la rotación varimax, se mantuvo la estructura en nueve factores. El primer factor explica un 22.8% de la variabilidad total y reportó un coeficiente alfa de Conbach de 0.85. Los items que lo componen hacen alusión a la conducta de *Sobreingesta* y a la *Sensación de Pérdida de Control sobre la Alimentación*, como se puede observar este factor reporta la mayor carga ponderal dentro del BULIT.

Item	Contenido del Item	Ponderación
4	¿Te autodenominarías actualmente una tragona?	.68
11	La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuanto puedo comer de un jalón.	.66
3	¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?	.62
1	¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracandote)?	.60
17	Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta.	.55
24	Me podría llamar actualmente una "comedora compulsiva".	.55
12	¿Alguna vez has comido hasta el punto de sentirte mal?	.52
35	¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?	.50
8	Como hasta sentirme demasiado cansada para continuar comiendo.	.48
13	Temo comer algo por miedo a no ser capaz de parar.	.48
28	Creo que la comida controla mi vida.	.46

El segundo factor explica el 5.6% de la variabilidad total ( $\alpha = 0.82$ ). Este factor conjunta los items dirigidos a valorar los *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*.

Item	Contenido del Item	Ponderación
16	¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?	.69
20	Me siento triste o deprimida después de comer más de lo que había planeado.	.66
23	Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente llena. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?	.65
14	Me siento mal conmigo misma después de comer.	.64
29	Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado.	.63
10	¿En qué grado estás preocupada por comer entre comidas?	.57
26	Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente.	.51

El tercer factor explica el 4.8% de la variabilidad total y está compuesto por cuatro items, los cuales hacen referencia a las conductas compensatorias: *Vómito y Uso de Laxantes y/o Diuréticos* ( $\alpha = 0.58$ ).

Item	Contenido del Item	Ponderación
15	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	.67
30	¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?	.57
27	¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	.54
7	Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.	.53

El **cuarto factor** explica un 3.5% de la variabilidad total; sin embargo, este factor no presenta consistencia conceptual y está constituido por únicamente dos ítems

Item	Contenido del Item	Ponderación
34	Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.	.57
31	Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿A qué velocidad lo haces?	.50

Asimismo, el **quinto factor** explicó un 3.4% de la variabilidad total, pero sólo está constituido por dos preguntas, aunque ambas refieren a las preferencias alimentarias.

Item	Contenido del Item	Ponderación
9	¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?	.82
21	En las comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías.	.73

El **sexto factor** explicó el 3.2% de la variabilidad total, en él se incluyen sólo dos ítems que hacen referencia a las fluctuaciones del peso.

Item	Contenido del Item	Ponderación
25	¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?	.80
32	¿Cuál es el máximo peso que has ganado en un mes?	.65

Por otro lado, el **séptimo factor** explica el 3.0% de la variabilidad total, en éste también se incluyen sólo dos ítems, los cuales si bien muestran consistencia conceptual, además se traslapan con el factor 1, ya antes referido.

Item	Contenido del Item	Ponderación
22	Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:	.74
6	¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que ingieres?	.62

Mientras que el octavo factor explicó también el 3.0% de la variabilidad total, sin embargo, incluye únicamente dos ítems referentes a las irregularidades menstruales.

Item	Contenido del Item	Ponderación
33	Mi último período menstrual fue:	.75
36	Tengo la menstruación una vez al mes.	.74

Finalmente, el **noveno factor** explicó el 2.8% de la variabilidad total. En este factor sólo se incluyen dos preguntas, y se observa que si bien muestra consistencia conceptual, también se traslapa con el factor 5 ya referido.

Item	Contenido del Item	Ponderación
5	Prefiero comer:	.64
18	Mis hábitos alimentarios son diferentes a los de la mayoría de la gente.	.53

A partir de lo anterior, se decidió eliminar los factores 4, 5, 6, 7, 8 y 9, conservando así una estructura de tres factores, con la cual se explica el 33.2% de la varianza total.

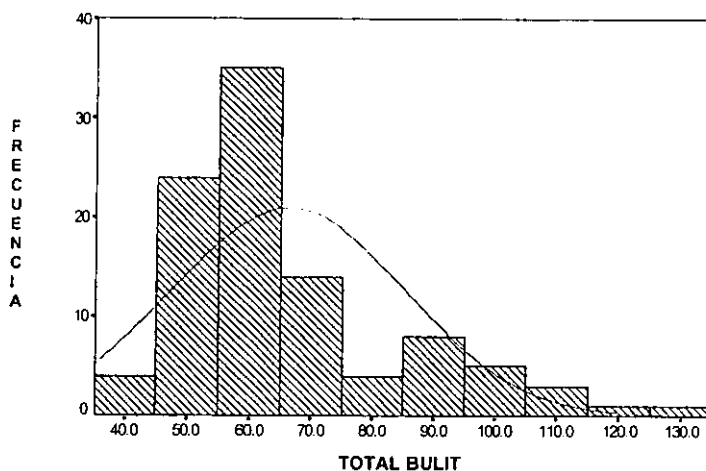
## 2ª. FASE

### 2.1. Análisis de Confiabilidad de la Escala

Se analizó la distribución de frecuencia de la población de esta segunda fase (n= 138) en cuanto a su puntuación total en el BULIT (Gráfica 2-B). Su puntuación promedio fue de  $66.40 \pm 18.81$  y sólo el 5.1% rebasó el punto de corte ( $\geq 102$ ). El pico de la

frecuencia se situó en el rango de puntuación de 56 a 65, aunque de acuerdo con la curva de normalidad éste se situaría en el rango de puntuación de 64 a 70.

GRÁFICA 2-B



Gráfica 2-B. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del BULIT (n= 138).

El análisis de la confiabilidad se realizó calculando el Coeficiente Alpha de Cronbach, empleando específicamente el método de matriz covariante. Este análisis reportó que el BULIT cuenta con un buen grado de consistencia interna ( $\alpha = 0.89$ ). Lo mismo se observó respecto al alfa estandarizada por ítem (0.89). En cuanto a este coeficiente por muestra, se detectó que éste fue de 0.84 para el grupo con trastorno alimentario (bulimia nerviosa o TCANE 3, n= 22) y de 0.81 para el grupo control (n= 78).

Sin embargo, se observa que de anular alguno de dichos ítems (tabla 7-B), el incremento en el coeficiente de fiabilidad  $\alpha$  sería mínimo, sin representar ello un aumento sustancial. En tal caso, el mayor incremento se obtendría al descartar el ítem 7 ( $\alpha = .90$ ), que refiere específicamente a una conducta compensatoria; sin embargo, esto representaría una variación mínima.

TABLA 7-B

No. de ítem	Correlación ítem-total	Alpha = .8927
7	-.0421	.8956
Usos laxantes o supositorios para controlar mi peso.		
5	.1803	.8953
Procuro no comer aunque tenga hambre.		
9	.1363	.8942
¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?		
34	.1717	.8939
Usos diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.		
36	.2100	.8935
Tengo la menstruación una vez al mes.		
33	.1202	.8935
Mi último período menstrual fue		
6	.2147	.8933
¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?		

Tabla 7-B Ítems que de anularse aumentaría el valor de Alpha

Mientras que al analizar la confiabilidad de la escala a partir del método por mitades y específicamente por el de matriz covariante, se observó que el coeficiente de correlación entre las dos partes del BULIT fue bueno (0.83). Sin embargo, al aplicar las fórmulas de Guttman (0.89) y la de Spearman-Brown (0.91), ambos coeficientes fueron significativamente más altos. Lo cual confirma que el BULIT posee una buena consistencia interna.

Al analizar la correlación existente entre cada uno de los ítems con el valor total por medio del coeficiente de Pearson ( $r$ ), se pudo observar que 33 reactivos de los 36 de que consta el BULIT correlacionaron de manera positiva y significativa con el puntaje total. De acuerdo a la clasificación de la magnitud de la correlación (MacRae, 1995; McGuigan, 1996) 15 de los reactivos mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para considerarse como *útiles para predecir* ( $r \geq 0.50$ ), fueron:

- 1.- ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracándote)?
- 2.- Estoy satisfecha con mis hábitos alimentarios.
- 3.- ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?
- 4.- ¿Te autodenominarias actualmente una tragona?
- 12.- ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?



- 13.- Temo comer algo por miedo a no ser capaz de parar.
- 14.- Me siento mal conmigo misma después de comer.
- 16.- ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?
- 17.- Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta.
- 19.- He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.
- 20.- Me siento triste o deprimida después de comer más de lo que había planeado.
- 26.- Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente.
- 28.- Creo que la comida controla mi vida.
- 29.- Me siento deprimida inmediatamente después de comer más de la cuenta.
- 32.- ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

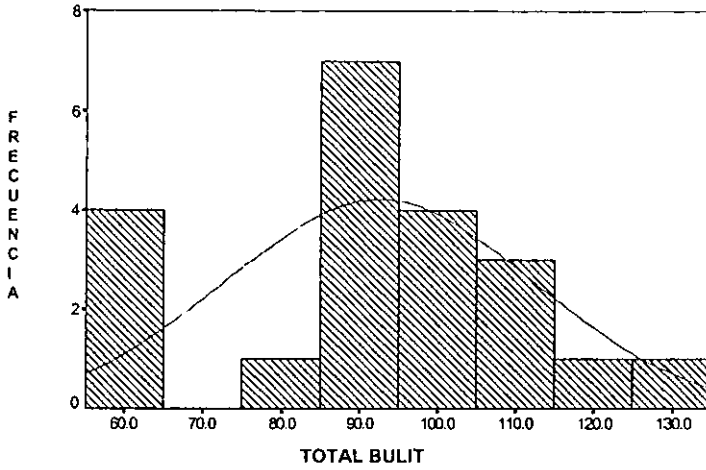
En el caso de 16 reactivos, su correlación fue *moderada* ( $r \geq 0.30$ ,  $p \leq .0001$ ); 2 ítems mostraron una correlación *débil* ( $r \geq 0.20$ ), aunque estadísticamente significativa ( $p \leq .01$ ). Finalmente, fueron 3 las preguntas *pobremente* correlacionadas con la puntuación total del BULIT ( $r \leq 0.20$ ), siendo éstas las: 5, 7 y 33.

## 2.2. Análisis de la validez discriminante y predictiva

En primer lugar, para esta fase del procedimiento se analizó la distribución de frecuencia de la muestra diagnosticada con trastorno alimentario (bulimia o TCANE 3,  $n = 22$ ) en cuanto a su puntuación total en el BULIT (Gráfica 3-B). Su puntuación promedio fue de  $92.60 \pm 19.75$ , siendo que el 27.3% rebasa el punto de corte de  $\geq 102$  establecido por Smith y Thelen (1984). El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 86 a 95, la cual coincide con la cúspide de la curva de normalidad (90 a 95).

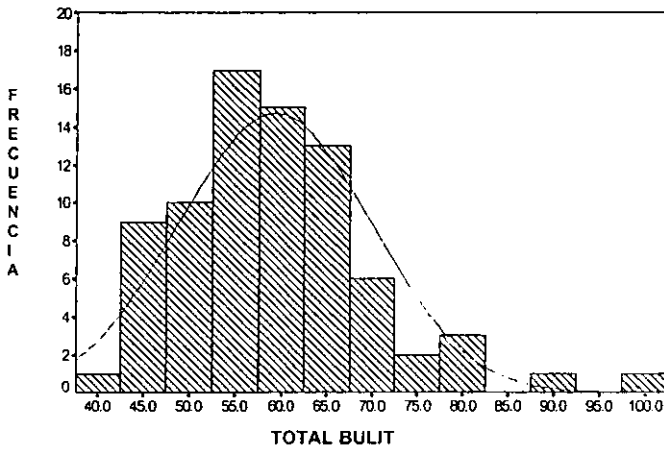
Mientras que la distribución del grupo control ( $n = 78$ , gráfica 4-B), nos reporta que su puntaje promedio fue de  $59.30 \pm 10.55$ . Su pico de frecuencia se situó en el rango de 53 a 57, la cual coincide exactamente con la cúspide de su curva de normalidad. Finalmente, cabe mencionar que ningún caso rebasó el citado punto de corte.

### GRÁFICA 3-B



Gráfica 3-B. Distribución de frecuencias del grupo con trastorno alimentario y curva de normalidad respecto al puntaje total del BULIT.

### GRÁFICA 4-B



Gráfica 4-B. Distribución de frecuencias del grupo control y curva de normalidad respecto al puntaje total del BULIT

Con la finalidad de explorar la capacidad del puntaje total del BULIT y de sus factores, para discriminar a las jóvenes con trastorno alimentario (bulimia nerviosa o TCANE 3) se realizaron una serie de comparaciones.

Al realizar una primera comparación entre las puntuaciones obtenidas por las jóvenes con trastorno alimentario y las del grupo sin trastorno alimentario (grupo control) en cuanto al puntaje total del BULIT, se observó que fue significativamente mayor el obtenido por el grupo con trastorno ( $p \leq .0001$ ).

Respecto a los cinco factores en que Smith y Thelen (1984) dividen al BULIT (ver tabla 8-B), se detectaron diferencias significativas entre estos dos grupos respecto a: F1) *Sobreingesta*, F2) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta*, F3) *Vómito*, F5) *Fluctuaciones del peso* ( $p \leq .0001$ ) y F4) *Preferencias alimentarias* ( $p \leq .001$ ) y siendo en todos los casos significativamente mayor el puntaje del grupo con trastorno alimentario.

**TABLA 8-B**

GRUPOS	F1	F2	F3	F4	F5	TOTAL-BULIT
C/TRAST. (n= 22)	34.95 ± 2.06	30.86 ± 1.84	9.95 ± .85	6.59 ± .44	5.09 ± .27	75.90 ± 2.81
S/TRAST. (n= 78)	22.81 ± .57	19.33 ± .53	5.70 ± .16	5.22 ± .18	3.53 ± .17	59.34 ± 1.18
t =	7.96 **	8.28 **	7.94 **	3.30 *	4.48 **	5.90 **

Tabla 8-B. Puntuación promedio ± el error estándar obtenidos por el grupo con trastorno (C/ Trast.) y el grupo control (S/ Trast.) con respecto al puntaje total en el BULIT, así como en los cinco factores identificados por Smith y Thelen (1984).

\*  $p \leq .001$ , \*\*  $p \leq .0001$

Por lo que se puede determinar, que en el caso de la población con que se trabajó, el puntaje total en el BULIT y los cinco factores establecidos por Smith y Thelen discriminan al grupo con trastorno alimentario.

Respecto a los siete factores en que Mora (1992) divide al BULIT (ver tabla 9-B), se observó que en seis de estos las jóvenes con trastorno obtuvieron puntuaciones

significativamente mayores, específicamente en: F1a) *Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta*, F2b) *Bulimia*, F5e) *Vómito* y F6f) *Fluctuaciones del peso* ( $p \leq .0001$ ); F3c) *Preferencias alimentarias* ( $p \leq .001$ ) y F4d) *Irregularidades menstruales* ( $p \leq .05$ ). Sin embargo, no fue así en el caso del factor F7g) *Abuso de laxantes y diuréticos*. Así, de los siete factores propuestos por Mora, sólo seis discriminaron entre la ausencia y presencia de trastorno alimentario.

**TABLA 9-B**

GRUPOS	F1a	F2b	F3c	F4d	F5e	F6f	F7g
C/TRAST. (n= 22)	21.82 ± 1.74	14.50 ±1.01	6.59 ± .44	1.57 ± .25	3.91 ± .62	5.09 ± .27	2.73 ± .36
S/TRAST. (n= 78)	12.37 ± .45	9.11 ± .23	5.22 ± .18	1.16 ± .09	2.27 ± .13	3.54 ± .17	2.15 ± .12
t =	7.57 ***	7.85 ***	3.30 **	1.90	4.05 ***	4.42 ***	1.98 .

Tabla 9-B. Puntuación promedio ± el error estándar obtenidos por el grupo con trastorno (C/ Trast.) y el grupo control (S/ Trast.) con respecto al puntaje total en el BULIT, así como en los siete factores identificados por Mora (1992)  
\*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .001$ , \*\*\*  $p \leq .0001$

Por otro lado, al realizar la misma comparación pero con base en los tres factores obtenidos del BULIT a partir del análisis factorial realizado en la presente investigación (ver tabla 10-B), se detectó que el grupo con trastorno alimentario obtuvo puntuaciones significativamente mayores en todos ellos: F1a) *Sobreingesta y pérdida del control sobre la alimentación*, F2a) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* ( $p \leq .0001$ ) y F3a) *Conductas compensatorias* ( $p \leq .01$ ). De ahí, que se pueda decir que los tres factores aquí identificados discriminan entre ambos grupos.

**TABLA 10-B**

GRUPOS	F1a	F2a	F3a
C/TRAST. (n= 22)	26.14 ±1.65	24.86 ± 1.87	2.86 ± .43
S/TRAST. (n= 78)	16.04 ± .43	14.85 ± .48	1.56 ± .19
t =	8.51 **	7.47 **	3.00 .

Tabla 10-B Puntuación promedio ± el error estándar obtenidos por el grupo con trastorno (C/ Trast.) y el grupo control (S/ Trast.), con respecto a los tres factores identificados en la presente investigación.  
\*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .0001$

En el caso de la comparación realizada entre los diferentes grupos de trastorno alimentario (ver anexo 3) en cuanto a la puntuación total registrada en el BULIT (tabla 11-B), se observó que las bulímicas tuvieron una puntuación significativamente mayor a los otros grupos, excepto a las jóvenes diagnosticadas con TCANE 3, las cuales a su vez obtuvieron un puntaje mayor que los otros cinco grupos; finalmente, se observó lo mismo en cuanto a las de TCANE 4, pero sólo respecto a las anoréxicas y al grupo sin trastorno alimentario.

Esto es comprensible si recordamos, como se vio previamente, que el BULIT es útil para identificar específicamente los casos de bulimia nerviosa y TCANE 3, aunque sin duda también permite hacerlo respecto a algunos casos de TCANE 4, esto sobre todo si recordamos el estrecho vínculo conceptual y diagnóstico que une entre sí a estos tres trastornos; sin embargo, en esto se abundará más ampliamente en el apartado de la discusión.

**TABLA 11-B**

	ANOREXIA (n= 14)	BULIMIA (n= 15)	TCANE 1 (n= 3)	TCANE 2 (n= 5)	TCANE 3 (n= 8)	TCANE 4 (n= 16)	S/TRAST. (n= 79)	ANOVA
Media	59.14	95.07	63.67	63.80	89.37	71.94	59.34	F= 19.22
Error Estand.	± 4.12	± 5.68	± 3.84	± 4.83	± 4.30	± 1.18	± 1.18	p < .0001
Prueba de Duncan	↓	↑	↓	↓	↑	↓	↓	
	↓		↓	↓		↑	↓	

Tabla 11-B. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje total en el BULIT entre los diferentes grupos diagnosticados con algún tipo específico de trastorno alimentario, así como el grupo control (S/Trast.).

Por otro lado, al comparar a estos siete grupos en cuanto a los puntajes promedio obtenidos en los cinco factores establecidos por Smith y Thelen (1984), (ver anexo 5). En cuanto a los cinco factores, se detectaron diferencias significativas entre los grupos evaluados (ver tabla 12-B).

Por ejemplo, con relación al factor F1) *Sobreingesta*, las jóvenes bulímicas y las TCANE 3, presentaron esta conducta alimentaria en mayor medida ( $p < .0001$ ) que

otros tres grupos (control, anorexia y TCANE 2); lo mismo se observó en cuanto a las bulímicas respecto a las de TCANE 1 y 4. Finalmente, el puntaje del grupo TCANE 4 fue significativamente mayor al del grupo control.

**TABLA 12-B**

GRUPOS	F1	F2	F3	F4	F5
ANOREXIA	23.50	20.57	6.86	3.54	3.50
(1)	± 1.54	± 1.50	± .93	± .39	± .39
BULIMIA	36.21	30.36	10.86	6.64	5.00
(2)	± 2.85	± 2.51	± 1.18	± .62	± .35
TCANE 1	23.67	20.67	5.00	4.33	4.33
(3)	± 3.18	± 1.67	± 0	± .67	± .33
TCANE 2	24.20	19.80	7.80	6.00	3.80
(4)	± 1.71	± 1.46	± 1.00	± 1.00	± .37
TCANE 3	32.75	31.75	8.37	6.50	5.25
(5)	± 2.75	± 2.70	± .94	± .60	± .45
TCANE 4	28.06	25.37	6.56	4.75	4.00
(6)	± 2.35	± 2.05	± .51	± .52	± .42
S/TRAST.	22.81	19.33	5.70	5.22	3.53
(7)	± .67	± .53	± .16	± .18	± .17
VALOR F	10.49	11.71	10.81	4.70	3.55
	***	***	***	**	*
Prueba de Duncan	2,5 vs 7,1,4 2 vs 3,6 6 vs 7	5,2 vs 7,4,1,3,6 6 vs 7,1	2,5 vs 7 2 vs 3,6,1,4,5	2, 5 vs 1,6 2 vs 7 4,7 vs 1	5, 2 vs 1, 7

Tabla 12-B Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los factores propuestos por Smith y Thelen (1984) \*p ≤ .01, \*\* p ≤ .001, \*\*\* p ≤ .0001

Por otro lado, algo semejante se observó en lo que corresponde al F2) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta*, en éste de nuevo fueron los grupos de jóvenes con TCANE 3 y bulimia las que obtuvieron puntajes significativamente mayores a los de los otros cinco grupos ( $p \leq .0001$ ); sin embargo, también el grupo TCANE 4 reportó presentar este patrón más frecuentemente que los grupos: control y anorexia. Mientras tanto, en el factor F3) *Vómito*, son las jóvenes bulímicas quienes presentan esta conducta más frecuentemente que los otros cinco grupos ( $p \leq .0001$ ), aunque las que presentan el TCANE 3 también reportaron hacerlo en mayor medida que el grupo control.

Con relación al factor F4) *Preferencias alimentarias*, una vez más fueron los grupos con bulimia y TCANE 3 los que presentan una puntuación significativamente mayor ( $p \leq .001$ ) a las de las anoréxicas y TCANE 4; mientras que la de las bulímicas

fue significativamente mayor a la del grupo control, sin embargo, también lo fue el del TCANE 2 y el grupo control respecto al grupo de anoréxicas. Por último, fueron otra vez las jóvenes con TCANE 3 y bulimia, las que presentaron mayores *Irregularidades menstruales* (F5) con respecto a las anoréxicas y las jóvenes del grupo control ( $p \leq 01$ ).

Por otro lado, en cuanto al análisis realizado pero ahora con relación a los siete factores extraídos por Mora (1992), sólo se observaron diferencias significativas en cinco de ellos (tabla 13-B):

**TABLA 13-B**

GRUPOS	Fa	Fb	Fc	Fd	Fe	Ff	Fg
ANOREXIA	12.93	9.00	3.29	.67	2.71	3.50	2.36
(1)	± 1.41	± .69	± .44	± .33	± .57	± .39	± .29
BULIMIA	21.36	14.57	6.64	1.61	5.00	5.00	3.07
(2)	± 2.40	± 1.35	± .62	± .29	± .85	± .35	± .45
TCANE 1	11.67	9.67	4.33	1.00	2.00	4.33	2.00
(3)	± 1.20	± 1.14	± .67	± 0	± 0	± .33	± 0
TCANE 2	13.40	9.40	6.00	1.33	3.40	3.80	2.20
(4)	± 1.43	± .81	± 1.00	± .33	± .87	± .37	± .20
TCANE 3	22.62	14.37	6.50	1.50	2.00	5.25	2.12
(5)	± 2.50	± 1.57	± .60	± .50	± 0	± .45	± .58
TCANE 4	17.62	11.06	4.75	1.19	2.12	4.00	2.75
(6)	± 1.80	± 1.33	± .52	± .14	± .20	± .42	± .48
S/TRAST.	12.37	9.11	5.22	1.16	2.27	3.54	2.15
(7)	± .45	± .23	± .18	± .09	± .13	± .17	± .11
VALOR F	10.10	8.77	5.43	1.06	6.98	3.47	1.44
	**	**	**	N/S	**	*	N/S
Prueba de Duncan	5,2 vs 3,7,1, 4,6 6 vs 7	2, 5 vs 1,7,4,3,6 6 vs 7	2,5 vs 1,6 2 vs 7 4,7,6 vs 1		2 vs 3,5, 6,7,1,4	5,2 vs 1,7	

Tabla 13-B. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los factores propuestos por Mora (1992). \*  $p \leq .01$ . \*\*  $p \leq .0001$

En los factores Fa) *Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta* y Fb) *Bulimia*, las jóvenes diagnosticadas con TCANE 3 y bulimia obtuvieron un puntaje significativamente mayor a los otros grupos, aunque lo mismo se detectó entre TCANE 4 y el grupo control ( $p \leq .0001$ ).

En cuanto a Fc) *Preferencias alimentarias durante una comilona*, inicialmente se detectó que los grupos con bulimia y TCANE 3 obtuvieron un puntaje promedio

significativamente mayor al de las jóvenes anoréxicas y las TCANE 4, lo mismo se dió entre las bulímicas y las que no tenían trastorno alimentario ( $p \leq .0001$ ); asimismo, las jóvenes diagnosticadas con TCANE 2, control y TCANE, registraron un puntaje promedio en este factor significativamente mayor al de las anoréxicas.

A partir del Fe) *Vómito*, se determina que las bulímicas presentaron significativamente mayor ocurrencia de esta conducta que los otros grupos ( $p \leq .0001$ ). Mientras que en el F6) *Fluctuaciones del peso*, los grupos TCANE 3 y bulímicas las presentaron significativamente en mayor medida que las jóvenes anoréxicas o las del grupo control ( $p \leq .01$ ). Finalmente, en las subescalas F4) *Irregularidades menstruales* y F7) *Abuso de laxantes y/o diuréticos*, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos. A partir de lo anterior, es posible decir que de los siete factores identificados por Mora, sólo cinco mostraron ser útiles para identificar y discriminar entre las jóvenes con diferentes trastornos alimentarios que conformaron esta muestra.

Cuando se realizó la misma comparación entre los grupos pero a partir de los tres factores aquí identificados (ver anexo 5), se observaron diferencias significativas entre los grupos (tabla 14-B):

Primeramente, el F1a) *Sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación*, presentó que en los grupos de bulímicas y TCANE 3 fue significativamente más frecuente esta conducta que en los grupos: control, anorexia y TCANE 2 ( $p \leq .0001$ ); así como de las bulímicas respecto a TCANE 1 y 4, y finalmente, entre las jóvenes diagnosticadas con TCANE 4 y el grupo control.

Asimismo, el F2a) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta*, también reportó diferencias importantes entre los grupos. Para este caso, nuevamente fueron los grupos de bulimia y TCANE 3 los que obtuvieron puntuaciones promedio significativamente mayores a las obtenidas por los otros cinco grupos ( $p \leq .0001$ ). Esto mismo se observó entre el TCANE 4 respecto a los grupos control y anorexia.



Finalmente, en cuanto a las *Conductas Compensatorias* (F3a), fueron los grupos de anorexia, TCANE 2, 1, 3 y 4 los que obtuvieron puntajes promedio significativamente mayores a los del grupo control ( $p \leq .0001$ ).

**TABLA 14-B**

GRUPOS	F1a	F2a	F3a
ANOREXIA (1)	16.93 ± 1.35	15.29 ± 1.48	3.93 ± .50
BULIMIA (2)	27.14 ± 2.31	24.50 ± 2.60	2.50 ± .58
TCANE 1 (3)	17.33 ± 1.53	14.67 ± 1.20	3.67 ± .67
TCANE 2 (4)	17.60 ± 1.47	15.60 ± 1.75	3.80 ± .58
TCANE 3 (5)	24.37 ± 2.14	25.50 ± 2.60	3.50 ± .63
TCANE 4 (6)	19.87 ± 2.03	20.12 ± 2.06	3.31 ± .42
S/TRAST. (7)	16.04 ± .43	14.85 ± .48	1.56 ± .19
VALOR F	10.77 *	9.43 *	6.65 *
Prueba de Duncan	2,5 vs 7,1,4 2 vs 3,6 6 vs 7	5,2 vs 3,7,1, 4,6 6 vs 7,1	1,4,3,5,6 vs 7

Tabla 14-B. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.), con respecto a los tres factores propuestos a partir del presente estudio de validación. \*  $p \leq .0001$

Se llevó a cabo otra exploración al conjuntar a los siguientes trastornos en un solo grupo: bulimia y TCANE 3 (sintomatología bulímica), y a anorexia, TCANE 1, 2 y 4 en otro (sintomatología anoréxica). Primero se comparó con base en los factores de Smith y Thelen (1984). En este caso, se detectaron diferencias significativas entre los grupos ( $p \leq .0001$ ) en cuanto a estos cinco factores (tabla 15-B).

Respecto a los factores F1) *Sobreingesta*, F2) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* y F3) *Vómito*, se observaron exactamente las mismas tendencias. Fue el grupo de jóvenes con sintomatología bulímica quienes mostraron una mayor puntuación promedio que los otros dos grupos; siendo también mayor la del grupo con sintomatología anoréxica a la del grupo control. Mientras que en el factor que evalúa las *Preferencias alimentarias* (F4), también fue el grupo con sintomatología

bulímica quienes las presentaron con mayor frecuencia que los otros dos grupos; sin embargo, en este caso también fue mayor la del grupo control al de sintomatología anoréxica. Por último, en el F5) *Fluctuaciones en el peso*, fueron otra vez las de sintomatología bulímica quienes presentaron en mayor medida este patrón, mostrando una puntuación promedio significativamente mayor a la de los otros grupos.

**TABLA 15-B**

GRUPOS	F1	F2	F3	F4	F5
SINTOM. ANOREXIA (1)	25.53 ± 1.22	22.50 ± 1.10	6.71 ± .45	4.46 ± .32	3.82 ± .23
SINTOM. BULIMIA (2)	34.95 ± 2.06	30.86 ± 1.84	9.95 ± .85	6.59 ± .44	5.09 ± .27
S/TRAST. (3)	22.81 ± .57	19.33 ± .53	5.70 ± .16	5.22 ± .18	3.53 ± .17
VALOR F	28.42	31.17	27.28	9.87	10.12
Prueba de Duncan	2 vs 3, 1 1 vs 3	2 vs 3, 1 1 vs 3	2 vs 3, 1 1 vs 3	2 vs 1, 3 3 vs 1	2 vs 3, 1

Tabla 15-B. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.) con respecto a los cinco factores propuestos por Smith y Thelen (1984). \* p ≤ .0001

Por otro lado, al seguir el mismo procedimiento, pero en este caso con base en los siete factores del BULIT establecidos por Mora (1992), se observó que sólo en cinco de estos se reportaron diferencias significativas ( $p \leq .0001$ ) entre los grupos (ver tabla 16-B): Tanto en el Fa) *Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta*, así como en el Fc) *Preferencias alimentarias durante una comilona*, estuvieron significativamente más presentes en el grupo con sintomatología bulímica que en los otros dos grupos. Sin embargo, en el primer factor mencionado (Fa) el grupo con sintomatología anoréxica también mostró un puntaje mayor al del grupo control; mientras que en el otro factor (Fc), fue el grupo control el que superó al del grupo con sintomatología anoréxica.

Mientras tanto, en los factores Fb) *Bulimia*, Fe) *Vómito* y Ff) *Fluctuaciones del peso*, se observó que estos estuvieron significativamente más presentes en el grupo con sintomatología bulímica que en los otros dos grupos ( $p \leq .0001$ ). Finalmente, en las

escalas Fd) *Irregularidades menstruales* y Fg) *Abuso de laxantes y/o diuréticos*, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos. Confirmándose nuevamente lo anteriormente afirmado para el caso.

**TABLA 16-B**

GRUPOS	Fa	Fb	Fc	Fd	Fe	Ff	Fg
SINTOM. ANOREXIA (1)	14.87 ± 1.00	9.97 ± .64	4.34 ± .33	1.12 ± .11	2.50 ± .25	3.82 ± .23	2.47 ± .23
SINTOM. BULIMIA (2)	21.82 ± 1.74	14.50 ± 1.01	6.59 ± .44	1.57 ± .25	3.91 ± .62	5.09 ± .27	2.73 ± .36
S/TRAST. (3)	12.37 ± .45	9.11 ± .23	5.22 ± .18	1.16 ± .09	2.27 ± .13	3.54 ± .37	2.15 ± .11
VALOR F	25.74	24.72	10.70	2.48	8.58	5.31	2.11
Prueba de Duncan	2 vs 3,1 1 vs 3	2 vs 3,1	2 vs 1,3 3 vs 1		2 vs 3,1	2 vs 3,1	

Tabla 16-B. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.), con respecto a los siete factores propuestos por Mora (1992). \*  $p \leq .0001$

Seguidamente, se volvió a comparar pero con base en los tres factores derivados del análisis factorial realizado en el presente trabajo (ver tabla 17-B), los cuales mostraron diferencias significativas entre los grupos.

**TABLA 17-B**

GRUPOS	F1a	F2a	F3a
SINTOM. ANOREXIA (1)	18.29 ± 1.04	17.32 ± 1.10	3.63 ± .27
SINTOM. BULIMIA (2)	26.14 ± 1.65	24.86 ± 1.87	2.86 ± .44
S/TRAST. (3)	18.04 ± .43	14.85 ± .48	1.56 ± .19
VALOR F	30.43	24.57	18.86
Prueba de Duncan	2 vs 3,1 1 vs 3	2 vs 3,1 1 vs 3	1,2 vs 3

Tabla 17-B. Puntuación promedio ± el error estándar, el valor de F y la prueba Duncan al comparar el puntaje obtenido por cada uno de los grupos con un tipo específico de trastorno alimentario y el grupo control (S/ Trast.), con respecto a los tres factores propuestos a partir del presente estudio de validación. \*  $p \leq .0001$

En los factores F1a) *Sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación* y F2a) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta*, mostraron exactamente la

misma tendencia, en cuanto a que en ambos casos el grupo con sintomatología bulímica mostró puntuaciones promedio significativamente mayores a las de los otros dos grupos ( $p \leq .0001$ ); asimismo, en ambos casos las del grupo con sintomatología anoréxica fueron mayores a las del grupo control. En el caso del F3a) *Conductas compensatorias*, éstas fueron más frecuentes en el caso de las jóvenes con sintomatología anoréxica y bulímica que en el grupo control ( $p \leq .0001$ ).

Por otro lado, para evaluar la capacidad del BULIT para identificar a la población con bulimia y otros trastornos alimentarios, se exploraron seis diferentes puntos de corte: 102, 98, 95, 91, 88 y 85 (ver tabla 18-B), considerando que Smith y Thelen (1984) sugieren dos en específico (102 y 88). De este modo, se obtuvo el valor de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, prevalencia, malas clasificaciones y valor global del BULIT para cada uno de los seis puntos de corte y en tres condiciones diferentes a identificar: a) sólo bulimia, b) bulimia + TCANE 3, y c) bulimia + TCANE 3 y TCANE 4.

**TABLA 18-B**

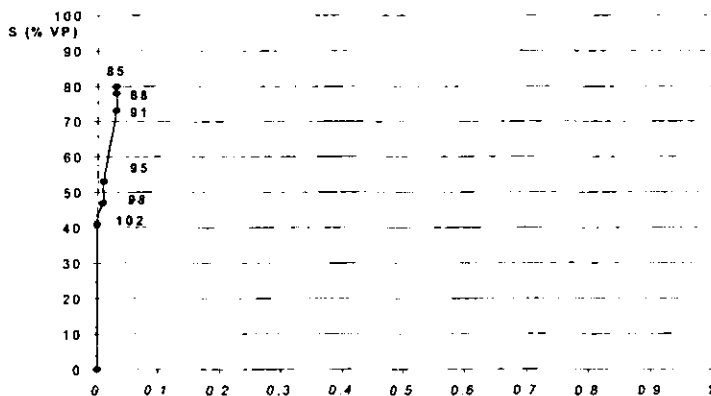
PUNTO DE CORTE		SENSIB.		ESPECIF.		V.P.P.		V.P.N.		PREVAL.		MALAS CLASIFIC.		VALOR GLOBAL	
S	O	L	O	B	U	L	I	M	I	A	N	E	3		
≥ 102		41		100		100		90		14		10		90	
≥ 98		47		99		88		91		14		10		90	
≥ 95		53		99		89		92		14		9		91	
≥ 91		73		97		85		95		14		6		94	
≥ 88		78		97		86		96		14		5		95	
≥ 85 *		80		97		87		96		14		5		95	
B	U	L	I	M	A	+	T	C	A	N	E	3			
≥ 102		30		100		100		83		22		16		84	
≥ 98		39		99		90		85		22		15		85	
≥ 95		43		99		91		86		22		14		86	
≥ 91		70		97		89		92		22		9		91	
≥ 88		78		97		90		94		22		7		93	
≥ 85 *		79		97		90		94		22		7		93	

Tabla 18-B. Expresa los valores en cada uno de los indicadores empleados para analizar la capacidad del BULIT y de seis diferentes puntos de corte para identificar a los sujetos con algún trastorno alimentario.

\* Punto de corte ideal correspondiente a cada una de las condiciones diagnósticas analizadas

Al graficar la sensibilidad y la especificidad por medio de la curva de rendimiento diagnóstico, fue posible observar que para la condición de que el BULIT sólo identifique a aquellas pacientes con bulimia (ver gráfica 5-B), el punto de corte que resulta más adecuado para este fin es el de 85, ya que representa el mayor equilibrio entre la sensibilidad (80%) y la especificidad (97%); sin embargo, se presentaron algunas malas clasificaciones (10%): 2 *falsos positivos* (3% del grupo control) y 3 *falsos negativos* (20% del grupo con bulimia). Lo cual quiere decir que el BULIT con el punto de corte de 85 muestra una adecuada sensibilidad y una excelente especificidad para detectar bulimia nerviosa.

### GRÁFICA 5-B

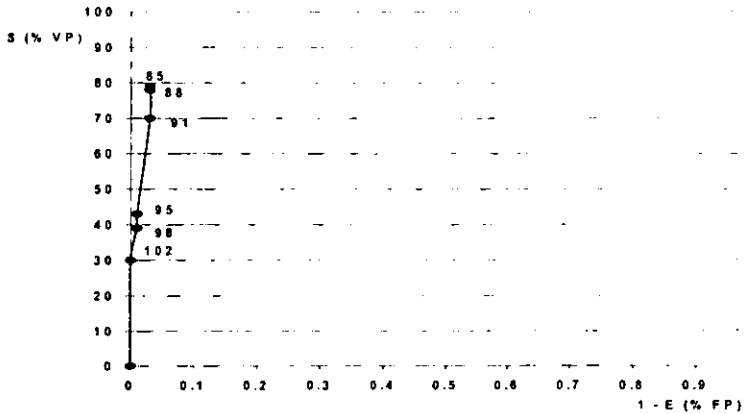


Gráfica 5-B. Curva de rendimiento diagnóstico del BULIT correspondiente a la condición de detectar únicamente los casos de bulimia nerviosa. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos – VP) y de especificidad (falsos positivos – FP) con respecto a los seis puntos de corte explorados.

En la condición en donde se evaluó la capacidad para identificar tanto a las pacientes con bulimia así como a las de trastorno alimentario no especificado 3 (TCANE 3), el punto de corte más adecuado también es el de 85 (ver gráfica 6-B), el cual supone el punto de mejor equilibrio entre la sensibilidad (79%) y la especificidad (97%).

Registrándose para este caso un 7% de malas clasificaciones, siendo únicamente 2 falsos positivos (3% del grupo control) y 5 falsos negativos (33% del grupo con este tipo de trastorno). Esto permite identificar que el BULIT con el punto de corte de 85 también presenta una adecuada sensibilidad y una excelente especificidad para detectar a la bulimia y al TCANE 3.

### GRÁFICA 6-B



Gráfica 6-B. Curva de rendimiento diagnóstico del BULIT correspondiente a la condición de detectar tanto los casos de bulimia nerviosa como TCANE 3. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos – VP) y de especificidad (falsos positivos – FP) con respecto a los seis puntos de corte explorados.

A partir de lo anterior, se puede concluir que la capacidad del BULIT para la detección se ve potenciada cuando se emplea para identificar a las pacientes con bulimia nerviosa. Sin embargo, también se sugiere su empleo para detectar además aquellas que presentan el TCANE 3. El BULIT en ambas condiciones demostró un desempeño adecuado. Estableciéndose así como su mejor punto de corte el de  $\geq 85$ .

Posteriormente, se realizó una correlación biserial entre cada uno de los items y el puntaje total en el BULIT con respecto al criterio diagnóstico (presencia o ausencia

del trastorno). Se obtuvo un coeficiente de validez global para detectar bulimia nerviosa de  $r = 0.69$ , mientras que para la detección de bulimia nerviosa y TCANE 3, éste fue de  $r = 0.73$ . Asimismo, se derivó dicho coeficiente pero para el caso de cada una de las preguntas del BULIT (tabla 19-B).

**TABLA 19-B**

REACTIVO DEL BULIT	BULIMIA	p ≤	REACTIVO DEL BULIT	BULIMIA + TCANE 3	p ≤
1	0.44	.0001	1	0.53	.0001
2	0.41	.0001	2	0.45	.0001
3	0.45	.0001	3	0.49	.0001
4	0.43	.0001	4	0.53	.0001
5	0.07	N/S	5	0.22	.05
6	0.29	.01	6	0.25	.01
7	0.06	N/S	7	0.14	N/S
8	0.25	.01	8	0.39	.0001
9	0.14	N/S	9	0.19	.05
10	0.27	.01	10	0.34	.001
11	0.24	.05	11	0.16	N/S
12	0.36	.0001	12	0.47	.0001
13	0.55	.0001	13	0.53	.0001
14	0.47	.0001	14	0.51	.0001
15	0.46	.0001	15	0.35	.0001
16	0.33	.001	16	0.42	.0001
17	0.43	.0001	17	0.41	.0001
18	0.29	.01	18	0.24	.05
19	0.49	.0001	19	0.48	.0001
20	0.43	.0001	20	0.49	.0001
21	0.22	.05	21	0.31	.01
22	0.27	.01	22	0.23	.05
23	0.43	.0001	23	0.43	.0001
24	0.33	.0001	24	0.33	.001
25	0.24	.05	25	0.30	.01
26	0.40	.0001	26	0.42	.0001
27	0.45	.0001	27	0.47	.0001
28	0.56	.0001	28	0.58	.0001
29	0.50	.0001	29	0.56	.0001
30	0.50	.0001	30	0.34	.0001
31	0.22	.05	31	0.25	.01
32	0.30	.01	32	0.41	.0001
33	0.26	.05	33	0.22	.05
34	0.37	.0001	34	0.23	.05
35	0.40	.0001	35	0.31	.01
36	0.17	N/S	36	0.34	.0001

Tabla 19-B. Coeficientes de correlación ( $r$  de Pearson) de cada uno de los reactivos que constituyen el EAT con respecto al criterio diagnóstico.

La correlación biserial entre cada uno de los ítems y la condición diagnóstica

bulimia nerviosa, mostró que 32 preguntas del BULIT presentaron una correlación significativa. Así, 19 preguntas mostraron una  $p \leq .0001$ , 1 ( $p \leq .001$ ), 7 ( $p \leq .01$ ) y 5 ( $p \leq .05$ ). En cuanto a la correlación entre cada uno de los ítems y la condición diagnóstica bulimia nerviosa + TCANE 3, ésta reportó que 34 de los 36 reactivos que conforma el BULIT mostraron un coeficiente de correlación significativo. De estos, 20 preguntas mostraron una  $p \leq .0001$ , 2 ( $p \leq .001$ ), 6 ( $p \leq .01$ ) y 6 ( $p \leq .05$ ).

Sin embargo, con el propósito de evaluar la dirección predictiva de cada uno de los 36 ítems del BULIT respecto a las dos condiciones diagnósticas ya mencionadas, se llevó a cabo una comparación entre el correspondiente grupo con trastorno y el grupo control en cuanto a la puntuación promedio en cada ítem. Esto se llevó a cabo por medio de la prueba t de Student para muestras independientes.

Primero, para la condición diagnóstica (bulimia nerviosa), se detectó que la puntuación promedio de 32 preguntas del BULIT fue significativamente mayor en el grupo con trastorno alimentario que el grupo control. Distribuyéndose de la siguiente forma:

- ♦  $p \leq .0001$ .- Preguntas 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 34 y 35.
- ♦  $p \leq .001$ .- Pregunta 16.
- ♦  $p \leq .01$ .- Preguntas 6, 8, 10, 18, 22, 24, 25 y 32.
- ♦  $p \leq .05$ .- Preguntas 11, 21, 31 y 33.

En el caso de la segunda condición diagnóstica (bulimia nerviosa + TCANE 3), se detectó que la puntuación promedio de 32 preguntas del BULIT fue significativamente mayor en el grupo con trastorno que en grupo control. Y su distribución fue la siguiente:

- ♦  $p \leq .0001$ .- Preguntas 1, 2, 3, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 30 y 32.



- ♦  $p \leq .001$ .- Preguntas 10, 24, 25 y 35.
- ♦  $p \leq .01$ .- Preguntas 6, 18, 31 y 36.
- ♦  $p \leq .05$ .- Preguntas 5, 22 y 34.

Para finalizar, también se llevó a cabo con el BULIT el análisis estadístico discriminante, con el objetivo de valorar la capacidad de dicho instrumento para discriminar y clasificar adecuadamente a los sujetos con trastorno alimentario. Sin embargo, sólo se reportan los correspondientes a dos condiciones diagnósticas, las que mostraron los mejores resultados: 1) **Bulimia nerviosa**, es decir, la capacidad del BULIT para identificar y clasificar adecuadamente a las jóvenes que presentan este trastorno alimentario; y 2) **Bulimia nerviosa + TCANE 3**, es decir, la capacidad del BULIT para identificar y clasificar adecuadamente a las jóvenes con estos dos tipos específicos de trastorno alimentario.

Como se puede observar en la tabla 20-B, el Test de Bulimia (BULIT) respecto a ambas condiciones mostró ser un instrumento capaz de discriminar y clasificar de manera significativa a las jóvenes que presentan bulimia nerviosa y TCANE 3, respecto a las que no lo presentan ( $p \leq .0001$ ). Sin embargo, es bajo la segunda condición diagnóstica (Bulimia nerviosa + TCANE 3) que esta capacidad se ve potenciada, ya que ésta derivó una Lambda de Wilkins menor y una F de entrada mayor.

**TABLA 20-B**

B.U.L.I.T. (Condición)	Lambda de Wilkins	Correlación canónica	F de entrada	Significación
Bulimia Nerviosa	.52415	.6918	80.79714	.0001
BN + TCANE 3	.46464	.7317	112.9167	.0001

Tabla 20-B.- Indicadores obtenidos a partir del análisis discriminante practicado sobre el BULIT en ambas condiciones diagnósticas.

En la siguiente tabla (21-B) se puede observar esto más minuciosamente. En la condición 1 (Bulimia Nerviosa), el BULIT mostró que es capaz de discriminar y clasificar adecuadamente al 79.0% de las jóvenes que presentan este trastorno (grupo clínico) y al 97.0% de las del grupo sin trastorno alimentario (grupo control). Obteniendo así, que el 93.51% de la muestra considerada en esta condición, fue discriminada y correctamente clasificada por el BULIT.

**TABLA 21-B**

Grupo real de Pertenencia	Número de Casos	Grupo predicho	
		Grupo Clínico	Grupo Control
Grupo Clínico (Bulimia nerviosa)	14	11 79.0 %	3 21.0 %
Grupo Control	78	2 2.6 %	76 97.0 %
Porcentaje de casos correctamente clasificados: <b>93.51</b>			
Grupo real de Pertenencia	Número de Casos	Grupo predicho	
		Grupo Clínico	Grupo Control
Grupo Clínico (BN + TCANE 3)	22	18 81.8 %	4 18.2 %
Grupo Control	78	2 2.6 %	76 97.4 %
Porcentaje de casos correctamente clasificados: <b>94.00</b>			

Sin embargo, en la condición diagnóstica 2, el BULIT mostró ser capaz de discriminar y clasificar adecuadamente al 81.8% de las jóvenes del grupo clínico que presentaban específicamente alguno de los siguientes trastornos alimentarios: bulimia nerviosa o TCANE 3; y al 97.4% del grupo control (sin trastorno alimentario). Por tanto, de la muestra considerada en esta condición, el 94.00% fue discriminada y correctamente clasificada por el BULIT.

## DISCUSIÓN

### TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)

En cuanto al análisis realizado respecto a las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias en población mexicana, se puede determinar que este instrumento cuenta con una adecuada consistencia interna.

Esto en razón de que al realizar un primer análisis en población no clínica, conformada por jóvenes estudiantes del sexo femenino ( $n= 2168$ ), se determinó un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.72. Mientras que al realizar este análisis en una 2ª. fase con la muestra de población clínica ( $n= 60$ ,  $\alpha= 0.76$ ) y un grupo control ( $n= 78$ ,  $\alpha= 0.93$ ), dicho coeficiente se vio incrementado ( $\alpha= 0.83$ , de manera conjunta).

El coeficiente obtenido para la muestra clínica fue muy semejante al reportado por Garner y Garfinkel (1979), quienes establecieron uno de 0.79 en su muestra de anoréxicas. Sin embargo, los coeficientes aquí obtenidos son menores a los reportados por Castro *et al.* (1991): 0.93 para ambas muestras en conjunto y de 0.92 para sus pacientes anoréxicas.

Sin embargo, cabe señalar por un lado, que Garner y Garfinkel (1979) trabajaron con jóvenes anoréxicas con una edad significativamente mayor, ya que la edad promedio de la muestra con que trabajaron rebasaba los 22 años de edad y tenían como edad promedio de inicio del trastorno 18.4 años. Asimismo, el puntaje promedio de esta muestra en el EAT ( $\bar{x} = 58.9 \pm 13.3$ ) fue significativamente mayor al de la muestra con trastorno alimentario del presente estudio ( $\bar{x} = 31.7 \pm 11.8$ ), así como de la que específicamente presentaba anorexia nerviosa ( $\bar{x} = 35.9 \pm 3.3$ ).

Mientras que por otro lado, en el caso del estudio de Castro *et al.* (1991), su grupo de anoréxicas también presentaron un puntaje en el EAT significativamente mayor ( $\bar{x} = 45.2 \pm 22.8$ ).

No obstante, habría que resaltar que en los dos estudios referidos trabajaron con pacientes que acudían a un tratamiento, mientras que en la presente investigación se trabajó con población "abierta" o comunitaria, a la cual se le detectó y diagnóstico el trastorno alimentario a partir de la entrevista realizada. Además de ello, hay que recordar que en el caso del estudio de Garner y Garfinkel (1979), partieron de un diagnóstico de anorexia establecido a partir de los criterios de Feighner, los cuales datan de 1972. Por otro lado, Castro *et al.* (1991) establecieron el diagnóstico con base en los criterios del DSM-III (APA, 1980). Mientras que en el caso del estudio aquí reportado, el diagnóstico se estableció con base en el DSM-IV (APA, 1994). Esto sin duda tiene implicaciones importantes respecto a la comprensión, definición y establecimiento del diagnóstico de trastorno alimentario, y más específicamente, el de anorexia nerviosa.

Por otro lado, en cuanto a la validación del EAT, no sólo fue posible confirmar la dirección predictiva en cuanto al puntaje total en este instrumento, entre el grupo con trastorno alimentario y el grupo control ( $p \leq .0001$ ), sino además entre los diferentes tipos de trastorno respecto al grupo control, especialmente en lo que refiere a los grupos con anorexia nerviosa, con TCANE 2 y con TCANE 4 ( $p \leq .0001$ ).

Esto es totalmente compatible con lo reportado por Garner y Garfinkel (1979), quienes asimismo confirmaron la validez predictiva del puntaje total del EAT ( $p \leq .001$ ), sólo que ellos hicieron dicha comparación entre otros grupos: mujeres con anorexia nerviosa, mujeres control, hombres control y obesos. En tanto que Castro *et al.* (1991) observaron lo mismo, pero al comparar a su grupo de jóvenes anoréxicas y un grupo control ( $p \leq .0001$ ).

En este sentido, cabe resaltar el hecho de que en este estudio se consideraron los trastornos no específicos (TCANE's). Lo cual es de suma importancia si se considera por un lado, que estos ya habían sido identificados y delimitados conceptualmente en algunos estudios pioneros de lo que hoy conocemos como trastornos alimentarios, aunque eran denominados entonces como síndrome parcial o trastorno sub-clínico (Button y Whitehouse, 1981; Thompson y Schwartz, 1982; Garner *et al.*, 1984; Johnson, Lewis, Love, Lewis y Stuckey, 1984; Crowther *et al.*, 1985).

Y por otro lado, estos ya han sido "formalizados" y configurados sintomáticamente dentro del DSM-IV (APA, 1994), e investigados más puntualmente en estudios recientes, bajo la denominación de trastornos alimentarios no específicos —EDNOS, por sus siglas en inglés— (Dancyger y Garfinkel, 1995; Stein, Meged, Barhanin, Blank, Elizu y Weizman, 1997; Włodarczyk-Bisaga y Dolan, 1996; Vetrone *et al.*, 1997; Dalle *et al.*, 1997).

Por otro lado, el coeficiente de validez global para detectar en qué medida el puntaje total en el EAT predice la presencia o ausencia de un trastorno alimentario, reportó que para el caso de predecir la presencia de cualquiera de los trastornos aquí considerados —anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, TCANE 1, 2, 3 y 4, de manera global— fue de  $r = .45$  ( $p \leq .0001$ ). En tanto, que el de únicamente anorexia nerviosa fue de  $r = 0.56$  ( $p \leq .0001$ ); y finalmente, para la detección de anorexia nerviosa y TCANE 1, 2 y 4 —de manera conjunta—, éste fue de  $r = .61$  ( $p \leq .0001$ ).

Cabe recordar en este punto, que los estudios de Garner y Garfinkel (1979), así como el Castro *et al.* (1991) se realizaron sólo con anoréxicas. En tal caso, los primeros autores mencionados establecen un coeficiente de validez global significativamente mayor ( $r = 0.87$ ) a los encontrados en el presente estudio. Sin embargo, Castro y sus colaboradores encontraron uno semejante al nuestro ( $r = 0.61$ ).

Asimismo, se derivó dicho coeficiente pero para el caso de cada una de las preguntas del EAT. La correlación biserial entre cada uno de los ítems y las tres

condiciones diagnósticas en que se valoró (trastornos alimentarios-global; anorexia nerviosa; y anorexia nerviosa + TACNE 1, 2 y 4) mostró que, respectivamente, fueron 23, 22 y 21 preguntas del EAT las que presentaron una correlación significativa con la presencia del trastorno alimentario. Al respecto, Garner y Garfinkel (1979) reportan haber encontrado esto mismo, pero con relación a 37 de las preguntas del EAT. Mientras que Castro *et al.* (1991) sólo lo reportan en cuanto a 30 reactivos.

En lo que refiere a la dirección predictiva de cada uno de los 40 ítems del EAT respecto a las tres condiciones diagnósticas ya mencionadas, el número de preguntas que discriminaron significativamente entre la presencia y ausencia de trastorno alimentario fueron: 25 para la condición diagnóstica trastorno alimentario-global, 19 para la de anorexia nerviosa y 21 para la de anorexia nerviosa + TACNE 1, 2 y 4.

Por otro lado, a partir del análisis de la validez de tipo factorial se extrajeron inicialmente 13 factores, sin embargo, posterior al procedimiento de depuración –de acuerdo a los criterios ya mencionados- se decidió conservar sólo siete de ellos, los cuales explican el 37.2% de la variabilidad total. Estos quedaron conformados respecto a las preguntas incluidas de la siguiente manera:

- ◆ *Motivación para adelgazar*: 4, 15, 22, 25 y 37.
- ◆ *Evitación de alimentos engordantes*: 9, 10 y 29.
- ◆ *Preocupación por la comida*: 7, 14, 31 y 34.
- ◆ *Presión social percibida*: 12, 24 y 33.
- ◆ *Obsesiones y compulsiones*: 17, 18, 21 y 30.
- ◆ *Patrones y estilos alimentarios*: 1, 19, 27 y 39.
- ◆ *Conductas compensatorias*: 13, 28 y 40.

Estos siete factores mostraron ser válidos para predecir la presencia o ausencia del trastorno alimentario. Sin embargo, su valor de probabilidad fue diverso, por ejemplo: Motivación para adelgazar ( $p \leq .0001$ ); Preocupación por la comida, Presión

social percibida y Patrones y estilos alimentarios ( $p \leq .001$ ); finalmente, Evitación de alimentos engordantes, Conductas compensatorias, y Obsesiones y compulsiones ( $p \leq .01$ )

Como podemos ver, esta solución factorial de entrada es muy semejante a la que obtuvieron Garner y Garfinkel (1979) en su primer estudio, en el cual derivan siete factores, de los cuales seis coinciden conceptualmente con los aquí derivados, y son: a) preocupación por la comida, b) imagen corporal e idealización de la delgadez, c) vómito y abuso de laxantes, d) dieta, e) alimentación clandestina y f) presión social percibida. Ya que estos autores identificaron un factor más: Alimentación lenta, el cual no coincide conceptualmente con el factor restante que se derivó del presente estudio: Obsesiones y compulsiones.

No obstante, a partir de un segundo estudio en el que realizan un nuevo análisis factorial, Garner *et al.* (1982) sólo extraen tres factores, aunque el porcentaje de variabilidad total que explican estos fue ligeramente superior (39.1%) a la explicada por los siete factores derivados en la presente investigación (37.2%). Además de que los ítems comprendidos en el factor Dieta de estos autores, están incluidos en su totalidad —a excepción de un ítem— en los factores: *Motivación para adelgazar* y *Evitación de alimentos engordantes*, del presente estudio. Asimismo, su factor Bulimia y preocupación por la comida, incluye las preguntas de dos de nuestros factores: *Preocupación por la comida* y *Conductas compensatorias*. Finalmente, su factor Control oral comprende en su totalidad a las preguntas de nuestro factor *Presión social percibida*. Como se puede ver, cinco de los factores extraídos en el presente análisis factorial, confluyen perfectamente con los tres factores establecidos por Garner *et al.* (1982).

Por otro lado, al comparar la solución factorial obtenida aquí, respecto a la derivada por Castro *et al.* en 1991, cuyos tres factores extraídos logran explicar el 41% de la variabilidad total —porcentaje también levemente mayor al 37.2% de la presente investigación—, se observa que su primer factor denominado: Dieta y preocupación por

la comida, comprende la totalidad de las preguntas de tres de los factores derivados en este estudio, que son: *Motivación para adelgazar*, *Evitación de alimentos engordantes* y *Preocupación por la comida*, además de incluir algunas de las preguntas de otros dos factores: *Obsesiones y compulsiones* (tres de cuatro ítems) y *Patrones y estilos alimentarios* (dos de cuatro ítems). Asimismo, su factor Presión social percibida y angustia alimentaria incluye, además de otras preguntas, a las tres que conforman nuestro factor: *Presión social percibida*. Finalmente, su factor que denominan Trastornos psicobiológicos comprende a los tres reactivos de nuestro factor *Conductas compensatorias*. En este caso, podemos observar que nuestros siete factores confluyen perfectamente con los tres establecidos por Castro *et al.* (1991).

Por otro lado, de acuerdo al análisis factorial que del EAT realizaron Smead y Richert (1990), quienes de su muestra de mujeres estudiantes (población comunitaria) extrajeron seis factores, con los cuales explicaron el 39.8% de la variabilidad total. Observamos que su factor Motivación para adelgazar, incluye la totalidad de los reactivos de nuestro primer factor —de igual nombre—. En tanto, que sus dos factores Reacciones fisiológicas y Presión social, comprenden respectivamente a las preguntas de dos de nuestros factores: *Conductas compensatorias* y *Presión social percibida*. Asimismo, su factor Alimentación clandestina incluyó parcialmente a las preguntas de dos de nuestros factores: *Evitación de alimentos engordantes* (dos de tres ítems) y *Patrones y estilos alimentarios* (tres de cuatro ítems). Finalmente, lo mismo se observó en cuanto a su factor Preocupación por la comida, respecto a nuestro factor que lleva el mismo nombre (tres de cuatro ítems).

A partir de lo anterior, que se determine que seis de nuestros siete factores confluyen perfectamente con cinco de los seis factores establecidos por Smead y Richert (1990). Además, cabe señalar una vez más que estos autores trabajaron con estudiantes sin ningún diagnóstico previo de presencia o ausencia de trastorno alimentario (muestra comunitaria), tal y como se realizó aquí —en lo correspondiente a la 1ª. Fase de la confiabilidad y validez factorial del presente estudio—, que de dicha población (n= 2168) el 8.2% rebasó el punto de corte de  $\geq 30$ , establecido por Garner y



Garfinkel (1979).

Esto es parcialmente compatible con lo reportado en estudios previos de otros países: en Estados Unidos Smead y Richert (1990) hablan de un 8.9% y Fredenberg, Berglund y Dieken (1996) de un 9%. Mientras que en jóvenes italianas existe cierta inconsistencia, ya que Vetrone *et al.* (1997) reportan en su estudio un 13.3%, en tanto que Dalle *et al.* (1997) hablan de un 17.3%. Por otro lado, en España un estudio refiere que el 12.4% de su muestra estudiada rebasó dicho punto de corte (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech, 1995). Asimismo, en México Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1996) hablan de un 5.2%, aunque en otro estudio más reciente y en una muestra ampliada hablan de un 6.4% (Alvarez, Mancilla, López & Ocampo, en prensa).

Por otro lado, se evaluó la capacidad de los factores del EAT identificados en este estudio para discriminar a las jóvenes con trastorno alimentario así como de los tipos específicos de trastorno. En cuanto a los siete factores se confirmó la dirección predictiva con respecto al grupo con trastorno alimentario ( $p \leq .01$ ), sin embargo ésta fue mayor para el caso del primer factor (*Motivación para adelgazar*,  $p \leq .0001$ ). Por tanto, podemos establecer que los siete factores determinados por este estudio permiten predecir de manera confiable a las jóvenes con trastorno alimentario.

Asimismo, también se comprobó esta dirección predictiva —en el caso de seis de los siete factores— respecto a los tipos específicos de trastorno alimentario. Los factores *Motivación para adelgazar*, *Preocupación por la comida* y *Conductas compensatorias*, mostraron ser los más potentes ( $p \leq .0001$ ). Aunque también mostraron ser significativos tres más: *Presión social percibida* ( $p \leq .001$ ), *Patrones y estilos alimentarios* ( $p \leq .01$ ) y *Evitación de alimentos engordantes* ( $p \leq .05$ ). Así, establecemos que seis de los siete factores mostraron ser confiables para discriminar entre la presencia de algún tipo específico de trastorno alimentario o su ausencia.

Sin embargo, cabe señalar que al analizar la validez predictiva de los tres factores establecidos por Garner y Garfinkel (1979), así como los tres de Castro *et al.* (1991), estos seis factores también mostraron ser capaces de predecir al grupo con trastorno alimentario ( $p \leq .0001$ ). O bien entre la presencia o ausencia de un tipo específico de trastorno alimentario ( $p \leq .0001$ ), siendo un poco menor la potencia del factor: Trastornos psicobiológicos de Castro y colaboradores. Ante esto surge una interrogante: ¿Cuál es entonces la ventaja que puede brindar el empleo de la estructura de siete factores del EAT propuesta por este estudio respecto a las de tres factores propuestas por Garner *et al.* (1982) y Castro *et al.* (1991)? La ventaja resulta en la posibilidad que aquella brinda en cuanto a una identificación y delimitación más específica de los síntomas de trastorno alimentario.

Por otro lado, el mejor punto de corte para el EAT se estableció en  $\geq 28$ , asimismo mostró potenciar su capacidad para discriminar en las siguientes condiciones diagnósticas: a) Trastornos alimentarios-Global, en donde mostró un valor global de 79% de eficacia (Sensibilidad = 69%, Especificidad = 87%, Falsos positivos = 11% y Falsos negativos = 32%); b) Anorexia nerviosa, mostró un valor global de 87% de eficacia (Sensibilidad = 86%, Especificidad = 87%, Falsos positivos = 8% y Falsos negativos = 14%); y c) Anorexia nerviosa + TCANE 1, 2 y 4, en donde su valor global fue de 85% de eficacia (Sensibilidad = 79%, Especificidad = 87%, Falsos positivos = 8% y Falsos negativos = 21%). De lo anterior, se puede concluir que sin duda la mejor condición diagnóstica del EAT, es para la detección de la anorexia nerviosa y de los trastornos no específicos 1, 2 y 4 (TCANE's).

Así, el punto de corte para el EAT  $\geq 28$  demostró ser el más adecuado. Este punto de corte sugerido difiere ligeramente —sólo dos puntos— respecto al punto de corte establecido por Garner y Garfinkel (1979), quienes lo situaron en  $\geq 30$ , con el cual eliminaron de su estudio de validación a la totalidad los falsos negativos, mientras a los falsos positivos los mantenían en un 13%. Sin embargo, Castro *et al.* (1991) en su estudio de validación reportan resultados menos benévolos, ya que al explorar dos

puntos de corte: 30 y 21, encuentran que con el primero su tasa de falsos negativos fue del 32.1% y de falsos positivos el 14.1%; mientras que con el punto de corte de 21 su tasa de falsos negativos disminuyó considerablemente (9%), pero aumentó equiparablemente su número de falsos positivos (30.8%).

Por tanto, si bien el punto de corte de 28 aquí establecido como el más adecuado no nos permite eliminar la probabilidad de error, resulta por demás válido su empleo para el caso de la detección de la anorexia nerviosa y los TCANE 1, 2 y 4. Esto se pudo corroborar con base en el análisis discriminante que se llevó a cabo, el cual determinó que el EAT tiene la capacidad para discriminar y clasificar adecuadamente al 88% de las jóvenes con anorexia nerviosa y al 84% de las jóvenes con anorexia nerviosa o TCANE 1, 2 o 4.

Esto último, puede aclarar un punto en el cual parecía existir confusión en cuanto al uso del EAT-40 para la detección. Ya que al ser creado este instrumento, Garner y Garfinkel (1979) lo propusieron como un instrumento para detectar a los trastornos alimentarios; sin embargo, algo que al parecer se perdió de vista más tarde es que la noción de trastornos alimentarios de estos autores, estaba dominada por la entidad clínica de la anorexia nerviosa, mientras que la bulimia nerviosa sólo era una variante de ésta, olvidándose que no fue hasta 1987 —en el DSM-III-R (APA)— que ésta fue dotada de una independencia nosológica respecto a la anorexia nerviosa.

De lo anterior, podría suponerse entonces, que si bien el EAT evalúa síntomas bulímicos, estos se encuadrarían dentro de lo que hoy se denomina como anorexia nerviosa de tipo compulsivo (APA, 1994). En este sentido, el instrumento sigue cumpliendo con la finalidad diagnóstica con la que fue creado, que en sí misma no fue la de construir un instrumento que identificara tanto a la anorexia nerviosa como a la bulimia nerviosa. Por tanto, y a partir de los resultados del presente estudio se puede establecer que el EAT-40 es un instrumento útil para la identificación de los trastornos alimentarios del tipo anoréxico: anorexia nerviosa, TCANE 1, TACNE 2 y TCANE 4.

## TEST DE BULIMIA (BULIT)

En cuanto al análisis realizado respecto a las propiedades psicométricas del Test de Bulimia en población mexicana, se puede determinar que este instrumento cuenta con una buena consistencia interna.

Esto en razón de que al realizar un primer análisis en población no clínica, conformada por jóvenes estudiantes del sexo femenino ( $n= 2168$ ), se determinó un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.88. Mientras que al realizar este análisis en una 2ª. fase con la muestra de población clínica, compuesto por bulímicas y TCANE 3 ( $n= 22$ ,  $\alpha= 0.84$ ) y un grupo control ( $n= 78$ ,  $\alpha= 0.81$ ), dicho coeficiente se vio incrementado ligeramente ( $\alpha= 0.89$ ). Sin embargo, los estudios de Smith y Thelen (1984) o de Mora (1992) en que hacen una validación del BULIT no evaluaron la consistencia interna de este instrumento, por lo que no se tiene parámetro de contrastación.

Se analizó la distribución de frecuencia de la población ( $n= 2168$ ) en cuanto a su puntuación total en el BULIT, su puntuación promedio fue de  $68.80 \pm 16.27$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 63 a 67, aunque de acuerdo a la curva de normalidad éste se situaría en el rango de puntuación de 67 a 72. Mientras que se observó que el 5.7% de esta población rebasó el punto de corte de  $\geq 102$ , establecido por Smith y Thelen (1984).

Esto contrasta con lo reportado por estos autores, quienes detectaron que el 4.0% de su muestra comunitaria, constituida por 652 estudiantes de psicología lo rebasaron; o con otros estudios realizados en México, ya que un primer estudio con 524 estudiantes universitarias habla de un 3.2% (Mancilla *et al.*, 1998), mientras que un segundo estudio con 960 estudiantes de bachillerato y profesional reporta un porcentaje bastante mayor, el 11.1% (Alvarez, López, Mancilla & Ocampo, *en prensa*). Sin

embargo, la divergencia entre los resultados de estos estudios posiblemente se pueda deber al tamaño y características de las muestras poblacionales en las que se han realizado estas investigaciones.

Asimismo, se analizó la distribución de frecuencia de la muestra diagnosticada con trastorno alimentario (bulimia o TCANE 3,  $n=22$ ) en cuanto a su puntuación total en el BULIT, su puntuación promedio fue de  $92.60 \pm 19.75$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 86 a 95, la cual coincide con la cúspide de la curva de normalidad (90 a 95). Mientras que la distribución del grupo control ( $n=78$ ), nos reporta que su puntaje promedio fue de  $59.30 \pm 10.55$ . Su pico de frecuencia se situó en el rango de 53 a 57, la cual coincide exactamente con la cúspide de su curva de normalidad.

En contraste, de los grupos con que realizaron su estudio Smith y Thelen (1984) el grupo de bulímicas obtuvo una puntuación promedio en el BULIT mayor a la aquí observada ( $n=20$ ,  $\bar{x}=124$ ), mientras que la del grupo control ( $n=94$ ,  $\bar{x}=60.3$ ) fue similar a la observada por nosotros. Sin embargo, habría que considerar que estos autores sólo trabajaron con pacientes para su estudio de validación sólo trabajaron con pacientes diagnosticadas con bulimia que asistían a tratamiento; además de que estos autores partieron para la formulación del diagnóstico del DSM en su 3ª. versión (APA, 1980).

Esto tiene implicaciones diagnósticas importantes, ya que conlleva que numerosos casos que en aquel tiempo no eran considerados como bulimia nerviosa, actualmente si lo sean, o aún más, sean hoy en día diagnosticadas como TCANE 3. Además, como ya se mencionó antes, en esa época la bulimia todavía no era desligada nosológicamente de la anorexia nerviosa, por lo que en la mayoría de los casos sólo era considerada como una modalidad o subtipo de ésta.

Por otro lado, en cuanto a la validación del BULIT en el presente estudio, fue posible confirmar la dirección predictiva en cuanto al puntaje total en este instrumento,

entre el grupo con bulimia nerviosa o TCANE 3 y el grupo control ( $p \leq .0001$ ). Asimismo, en 32 de las 36 preguntas que constituyen el BULIT se confirma dicha dirección predictiva. Estos datos son semejantes a los reportados por Smith y Thelen (1984), quienes en su momento también confirmaron la dirección predictiva del puntaje total en el BULIT ( $p \leq .0001$ ), así como de 32 de sus preguntas.

En cuanto al coeficiente de validez global para detectar en qué medida el puntaje total y los reactivos del BULIT predicen la presencia o ausencia de bulimia nerviosa, en cuanto al total la correlación observada fue significativa ( $r = 0.69$ ,  $p \leq .0001$ ) y fueron 32 las preguntas correlacionadas. Mientras que para la detección conjunta de bulimia nerviosa y TCANE 3, la correlación con el puntaje total fue aún mayor ( $r = 0.73$ ,  $p \leq .0001$ ) y fueron 34 las preguntas que mostraron correlación significativa con dicha condición diagnóstica. Sin embargo, pese a que estos coeficientes de validez global son adecuados, resultan menores al reportado por Smith y Thelen ( $r = 0.82$ ,  $p \leq .0001$ ), aunque se confirma que son 32 los reactivos que mostraron correlación significativa con la condición diagnóstica.

Por otro lado, a partir del análisis de la validez de tipo factorial se extrajeron inicialmente nueve factores, sin embargo, posterior al procedimiento de depuración se decidió conservar sólo tres de ellos, los cuales explican el 33.2% de la variabilidad total. Estos quedaron conformados respecto a las preguntas incluidas de la siguiente manera:

- ◆ *Sobreingesta y sensación de pérdida de control:* 1,3, 4, 8, 11, 12, 13, 17, 24, 28 y 35.
- ◆ *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta:* 10, 14, 16, 20, 23, 26 y 29.
- ◆ *Conductas compensatorias:* 7, 15, 27 y 30.

Estos tres factores mostraron ser válidos para predecir la presencia o ausencia del trastorno alimentario (bulimia nerviosa o TCANE 3). Sin embargo, su valor de

probabilidad fue diverso, por ejemplo: F1a) Sobreingesta y sensación de pérdida de control y F2a) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta ( $p \leq .0001$ ); F3a) Conductas compensatorias ( $p \leq .01$ )

Esta solución factorial de entrada difiere notoriamente de la de los autores mencionados. Ya que Smith y Thelen (1984) derivan cinco factores con lo que explican el 39.5% de la variabilidad total; este porcentaje es mayor al obtenido en el presente estudio (33.2%). Tres de los cinco factores de Smith y Thelen coinciden conceptualmente con los tres factores aquí derivados, y son: a) sobreingesta, en éste dichos autores sólo incluyen tres ítems más que en el aquí definido; b) sentimientos posteriores al atracón, exactamente lo mismo que en el anterior factor sucede en cuanto a éste; c) vómito, en el caso de este factor Smith y Thelen (1984) incluyen dos reactivos más. Y en el caso de los dos factores restantes de estos autores: Preferencias alimentarias y Fluctuaciones en el peso, estos son exactamente iguales al quinto y sexto factor —de los nueve originales que arrojó el análisis factorial del presente estudio- pero que se decidió eliminar en razón de que sólo estaban compuestos por dos reactivos.

Por otro lado, al comparar la solución factorial obtenida aquí, respecto a la derivada por Mora en 1992, cuyos siete factores extraídos logran explicar el 58.6% de la variabilidad total, porcentaje muy por encima del observado por Smith y Thelen (1984) o el de la presente investigación. Por otro lado, se observa que su primer factor denominado: Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta, comprende la totalidad de las preguntas del factor *Sentimientos posteriores a una sobreingesta* derivado en el presente estudio. Mientras que su segundo factor denominado: Bulimia, incluye a poco más de la mitad de nuestro factor *Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación*. En tanto que los dos restantes factores de Mora: *Vómito* y *Abuso de laxantes y diuréticos*, aparecen conjuntados en nuestro tercer factor, denominado: *Conductas compensatorias*. Finalmente, sus tres factores restantes: *Irregularidades menstruales* —que sólo contiene una pregunta—, *Preferencias alimentarias* y *Fluctuaciones del peso*, confluyen con tres de los nueve factores

originales (quinto, sexto y octavo) que arrojó el análisis factorial del presente estudio, pero que, como ya se dijo, se decidió eliminar en razón de que no cubrían el criterio de contar con al menos tres reactivos para poder ser considerados como factores.

Aunque cabe señalar, que al analizar la validez predictiva de los cinco factores establecidos por Smith y Thelen (1984), se confirmó su capacidad para predecir la presencia de bulimia nerviosa y TCANE 3 — 4 factores ( $p \leq .0001$ ) y 1 factor ( $p \leq .001$ )—. Mientras que, respecto a los siete factores de Mora (1992), sólo en el caso de seis factores se comprobó dicha capacidad: 4 factores ( $p \leq .0001$ ), 1 factor ( $p \leq .001$ ) y el factor restante ( $p \leq .05$ ).

Por otro lado, el mejor punto de corte para el BULIT se estableció en  $\geq 85$ , asimismo mostró su capacidad para discriminar en las siguientes dos condiciones diagnósticas: a) Bulimia nerviosa, en donde mostró un valor global de 95% de eficacia (Sensibilidad = 79%, Especificidad = 97%, Falsos positivos = 3% y Falsos negativos = 20%); b) Bulimia nerviosa + TCANE 3, mostró un valor global de 93% de eficacia (Sensibilidad = 79%, Especificidad = 97%, Falsos positivos = 3% y Falsos negativos = 33%). De lo anterior, se puede concluir que sin duda la mejor condición diagnóstica del EAT, es para la detección de la bulimia nerviosa y el trastorno no específicos 3 (TCANE 3). Así, el punto de corte para el BULIT de  $\geq 85$  demostró ser el más adecuado.

Este punto de corte sugerido difiere sustancialmente respecto al punto de corte establecido por Smith y Thelen (1984), quienes lo situaron en  $\geq 102$ , con el cual en la primera fase de su estudio (con jóvenes bulímicas en tratamiento y un grupo control) reportaron: Sensibilidad = 95%, Especificidad = 98%, Falsos positivos = 2.1% y Falsos negativos = 5.0%. Sin embargo, los resultados de su segunda fase (con jóvenes bulímicas extraídas de una población comunitaria de estudiantes y un grupo control) empleando ese mismo punto de corte son sustancialmente diferentes: Sensibilidad = 64%, Especificidad = 89%, Falsos positivos = 11.0% y Falsos negativos = 36.0%.



Como se puede ver, si bien los valores para determinar la capacidad predictiva del BULIT de nuestro estudio difieren respecto a la sensibilidad y por tanto en la tasa de falsos negativos, respecto a los obtenidos por Smith y Thelen (1984) en la primera fase de su estudio. Son a su vez, significativamente mejores a los observados por estos autores en la segunda fase de su estudio. Ante esto, habría que hacer dos consideraciones:

Primero, Smith y Thelen realizaron el diagnóstico de bulimia nerviosa con base en los criterios del DSM-III (APA, 1980), en el cual, como se recordará, los criterios eran más estrictos. Lo cual podría tener algunas implicaciones: a) Que en esa época —hace prácticamente dos décadas— los casos diagnosticados fueran más severos o “puros”, en razón de lo estricto de los criterios diagnósticos empleados; b) Que por esa misma razón quedarán fuera del diagnóstico de bulimia nerviosa casos que actualmente si son considerados bajo esa categoría diagnóstica; c) Y aún más, quedarán también fuera del diagnóstico aquellos casos con un trastorno no específico, en este caso el TCANE 3, el cual como es claro nos remite a una “casi” bulimia nerviosa; y d) Lo antes dicho, sin duda puede explicar, al menos parcialmente, el hecho de que el presente análisis psicométrico del BULIT nos reporte como pertinente el empleo de un punto de corte sustancialmente menor ( $\geq 85$ ) al establecido en el estudio original de Smith y Thelen ( $\geq 102$ ).

La segunda consideración, y estrechamente asociado a la anterior, es que Smith y Thelen (1984) trabajaron en la primera fase de su estudio con jóvenes bulímicas en tratamiento y en la segunda fase con jóvenes estudiantes a las cuales se les diagnosticó por medio de entrevista la bulimia nerviosa. Al respecto cabe hacer otras consideraciones: a) El hecho de que estos autores hayan trabajado inicialmente con jóvenes en tratamiento, nos hace suponer que existía un cierto grado de cronicidad del trastorno, y por tanto, una mayor “severidad” del mismo; b) Mientras que en su segunda fase del estudio, trabajaron con bulímicas “tempranas”, recién diagnosticadas como parte del procedimiento de su estudio; c) Posiblemente se deba a lo anterior, la gran divergencia que reportan estos autores en cuanto a los valores de capacidad predictiva

del BULIT.

Ante esto, Smith y Thelen (1984) aducen que presumiblemente los sujetos de poblaciones no clínicas son más difíciles de detectar y clasificar que aquellos sujetos de población clínica, los cuales presentan puntajes extremos. Por lo anterior, y posterior a hacer una exploración de diferentes puntos de corte para la población no clínica, establecen que el de  $\geq 88$  resulta adecuado para esta condición. Con éste disminuyó a cero la tasa de falsos negativos y a 4% la de falsos positivos. Como podemos observar, esta solución a la que llegaron Smith y Thelen (1984) es en extremo semejante a la obtenida en el presente estudio.

Por tanto, si bien el punto de corte de 85 aquí establecido como el más adecuado no permite eliminar la probabilidad de error, resulta por demás válido su empleo para el caso de la detección de la bulimia nerviosa y el TCANE 3. Esto se pudo corroborar con base en el análisis discriminante que se llevó a cabo, bajo el cual se determinó que el BULIT tiene la capacidad para discriminar y clasificar adecuadamente al 93.5% de las jóvenes con bulimia nerviosa y al 94% de las jóvenes con bulimia nerviosa o TCANE 3.

## CONCLUSIONES

Respecto al análisis de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en población de jóvenes mexicanas, se concluye lo siguiente:

- Es un instrumento que muestra una adecuada consistencia interna, por lo cual es confiable.
- Con base en su puntaje total, se confirmó tanto su validez así como su dirección predictiva, es decir, mostró ser capaz de predecir de manera confiable la presencia o ausencia de trastorno alimentario, y de manera específica la presencia de anorexia nerviosa, TCANE 1, TCANE 2 y TCANE 4.
- El análisis factorial arrojó que son siete los factores pertinentes a valorar en población mexicana, los cuales son: 1) Motivación para adelgazar; 2) Evitación de alimentos engordantes; 3) Preocupación por la comida; 4) Presión social percibida; 5) Obsesiones y compulsiones; 6) Patrones y estilos alimentarios; y 7) Conductas compensatorias. Los cuales también mostraron ser válidos para predecir la presencia o ausencia del trastorno alimentario.
- El punto de corte sugerido para población femenina de México es el de 28. Asimismo, se demostró que la mejor condición diagnóstica para su empleo es en el caso de la anorexia nerviosa y los TCANE 1, TCANE 2 y TCANE 4.

Respecto al análisis de las propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT) en población de jóvenes mexicanas, se concluye lo siguiente:

- Es un instrumento que muestra una buena consistencia interna, por lo cual es

confiable.

- Con base en su puntaje total, se confirmó tanto su validez así como su dirección predictiva, es decir, mostró ser capaz de predecir de manera confiable la presencia o ausencia de bulimia nerviosa y TCANE 3.
- El análisis factorial arrojó que son tres los factores pertinentes a valorar en población mexicana, los cuales son: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación; 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta; y 3) Conductas compensatorias. Los cuales también mostraron ser válidos para predecir la presencia o ausencia del trastorno alimentario.
- El punto de corte sugerido para población femenina de México es el de 85. Asimismo, se demostró que es un instrumento válido para identificar a la bulimia nerviosa y el TCANE 3.

A nivel general se concluye lo siguiente:

- El EAT-40 y el BULIT constituyen dos instrumentos de evaluación que mostraron ser confiables y válidos con población mexicana. El primero en cuanto a su empleo en la identificación de la presencia de trastornos alimentarios del tipo anoréxico (anorexia nerviosa, TCANE 1, TCANE 2 y TCANE 4). Mientras que el segundo, en cuanto a los de tipo bulímico (bulimia nerviosa y TCANE 3).
- Lo anterior demuestra que dichos instrumentos son vigentes en sus constructos, pese a los continuos y profundos cambios conceptuales que han supuesto la comprensión de los trastornos alimentarios en las tres últimas décadas.
- Sin embargo, es importante no perder de vista que estos instrumentos en

medida de que son cuestionarios de autoreporte constituyen en todos los casos instrumentos de tamizaje, a partir de los cuales no es pertinente establecer un diagnóstico clínico de patología alimentaria. Sin embargo, son un instrumento útil, práctico y económico para detectar posibles casos de trastorno alimentario, a los cuales posteriormente se les derive a la entrevista clínica.

- El contar con instrumentos de tamizaje confiables y válidos representa diversas posibilidades:
  - a) Con fines clínicos, permite realizar una primera identificación de posibles casos de trastorno alimentario, que de comprobarse el diagnóstico tras la entrevista clínica, supondría la posibilidad de llevar a cabo una intervención terapéutica temprana.
  - b) Para fines de investigación, permitiría realizar trabajos epidemiológicos sobre sintomatología de trastorno alimentario en muestras comunitarias y diferentes poblaciones consideradas como de alto riesgo. Asimismo, podría apoyar la investigación a realizar, ya que permitiría acceder a la identificación y configuración de factores de riesgo y, por tanto, de modelos etiológicos del trastorno alimentario en poblaciones no clínicas.
- En lo particular, se ha observado que ambos instrumentos son capaces de detectar no sólo a la anorexia nerviosa (EAT-40) y la bulimia nerviosa (BULIT), sino también a los trastornos no específicos (TCANE's).

## REFERENCIAS

- Aboud, D.A. & Chandler, S.B. (1997). Race and the role of weight, weight change, and body dissatisfaction in eating disorders. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 21-25.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M. & López, A.X. (1996). ¿Qué es la obesidad?: Una aproximación para comprenderla. *Psicología*, 31, 2-4.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., López, A.X., Vázquez, A.R., Ocampo, T.M.T. & López, A.V. (1998). Variables Psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación. *Psicología Iberoamericana*, 6(2), 22-28.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., Martínez, M.M. & López, A.X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 50-58.
- Alvarez, R.G., Román, F.M., Manríquez, R.E. & Mancilla, D.J.M. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios: En una muestra de universitarias mexicanas. *Psicología Social en México*, 6, 536-541.
- American Psychiatry Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1988). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1989). The development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79.
- Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1992). Developmental issues in the study of eating problems and disorders. (p. 35-58). In: J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll & M.A. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, C. & Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia y obesidad. *Revista Iberoamericana*, 3(2), 20-34.
- Barriguete, J.A. (1995). Un relato de la violencia en la historia: La anorexia entre el cuerpo y sufrimiento. *Psicología Iberoamericana*, 3(2), 14-19.

- Bempoard, J.R. (1996). Sel-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237.
- Beumont, P.J., Kopec-Schrader, E. & Touyz, S.W. (1995). Defining subgroups of dieting disorder patients by means of the eating disorders examination (EDE). *British Journal of Psychiatry*, 166, 472-474.
- Blinder, B.J. & Cadenhead, K. (1988). Bulimia: Una reseña histórica. (p. 23-35). En: S.C. Feinstein & A.D. Sorosky (Comps.). *Trastornos en la alimentación*. Argentina: Nueva Visión.
- Bourges, H. (1987). Guías para la orientación alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*, 5(4), 17-32.
- Bourges, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimenticios. *Cuadernos de Nutrición*, 13(2), 18-32.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders, obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538.
- Brusset, B. (1990). La anorexia mental de las adolescentes. En: S. Lebovic, R. Diatkine & M. Soulé (Eds.). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente (Vol. IV)*. España: Biblioteca Nueva.
- Button, E.J., Sonuga, E.J., Davies, J. & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Button, E.J. & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 11, 509-516.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. & Domenech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: 2 años de seguimiento. *Psiquis*, 16(4), 21-26.
- Carlat, D.J. & Camargo, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *Archives Generals of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Carter, P. & Moss, R. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behavior*, 9, 417-419.

- Cash, T.F. & Henry, P.E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the USA. *Sex Roles*, 33(1-2), 19-28.
- Casper, R.C. (1983). The emergence of the bulimia nervosa: A historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3-16.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. *Psicological Assessment*, 2, 175-190.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cervera, S., Zapata, R., Gual, P., Quintanilla, B. & Arce, G. (1990). *No te rindas ante los trastornos del peso*. Madrid : Rialp.
- Clarkson, H. & Riedl, J. (1997). Fear of thinness. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 441-443.
- Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Cooper, Z., Cooper, P.J. & Fairburn, C.G. (1989). The validity of the eating disorder examination. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona : Gedisa.
- Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern tests theory*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Crowther, J.H., Post, G. & Zaynor, L. (1985). The prevalence of bulimia and binge eating in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 29-42.
- Crowther, J.H., Wolf, E. M. & Sherwood, N.E. (1992). Epidemiology of bulimia nervosa. (p. 1-26). In: J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll & M.A. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. USA:



Hemisphere Publishing Corporation.

- Dalle, R., De Luca, L. & Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence: A survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating Weight Disorders*, 1, 34-37.
- Dancyger, I.F. & Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25(5), 1019-1026.
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A.S., Olmsted, M.P. & Woodside, D.B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 192-197.
- De la Serna, I. (1996). Aspectos clínicos de la anorexia nervosa en el varón. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 24(2), 67-73.
- De la Serna, I. (1998). Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis*, 19, (5), 201-207.
- Díaz, J., Marcos, E., Zapata, R., Villegas, A. Sánchez, M.J. & Blanquez, M.P. (1998). Acontecimientos vitales en anorexia nervosa frente a controles sanos y adolescentes con depresión. *Anales de Psiquiatría*, 14(3), 107-115.
- Doménech, M.J. (1995). *Diseño y estadística para la investigación epidemiológica: Colección de esquemas*. Barcelona: UAB.
- Eisler, I. & Szukler, G.I. (1985). Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. *Journal of Psychiatry*, 19, 171-176.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. & O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Fernández, F., Probst, M., Meerman, R. & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorders and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 307-310.
- Ferrán, M. (1996). *SPSS para windows: Programación y análisis estadístico*. España: Mc. Graw-Hill.
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency?. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 287-296.
- Fredenberg, J., Berglund, P.T. & Dieken, H.A. (1996). Incidence of eating disorders

- among selected female university students. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(2), 64-65.
- French, S.A. & Jeffery, R.W. (1994). The consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychology*, 13, 195-212.
- García, E. (1993). *Introducción a la psicometría*. España: Siglo XXI.
- Garfinkel, P.E. (1992). Evidence in support of attitudes to shape and weight as a diagnostic criterion of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 321-325.
- Garfinkel, P.E. & Dorian, B.J. (1997). Factors that may influence future approaches to the eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 1, 1-16.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P.E. & Kaplan, A.S. (1996). Psicopatología y trastornos de la alimentación. (p. 371-400). En: J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1996). *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 231-238.
- Garner, D.M. (1996). Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de la alimentación (p. 461-476). En: J. Buendía (Comp.). *Psicopatología en niños y adolescentes*. España: Pirámide.
- Garner, D.M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30(1), 30-47.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1978). Sociocultural factors in anorexia nervosa. *Lancet*, 11, 674.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An Index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Garfinkel, P.E. (1983). Does anorexia nervosa exist on a continuum? Subgroups of weight-preoccupied women and their relationship to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 11-20.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a

- multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. & Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.
- Garner, D.M., Polivy, J. & Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.
- Gold, D. (1976). Psychological factors associated with obesity. *American Family Physician*, 13, 87-91.
- Gómez, P.G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. España: Masson
- Habermas, T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 259-273.
- Halmi, K.A. (1997). Models to conceptualize risk factors for bulimia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 54, 507-508.
- Hayward, C., Killen, J.D., Wilson, D., Hammer, L.D., Litt, I.F., Kraemer, H.C., Haydel, F., Varady, A. & Taylor, C. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 255-262.
- Henderson, M. & Freeman, C.P. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. & Baptista, L.P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herzog, D.B. & Norman, D.K. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141(8), 989-990.
- Higashida, H.B. (1991). *Ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill.
- Hoek, H.W., Bartelds, A.I., Bosveld, J., Van der Graaf, Y., Limpens, V., Maiwald, M. & Spaaij, C. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272-1278.

- Hohlstain, L.A., Smith, G.T. & Atlas, J.G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*, 10(1), 49-58.
- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danzinger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifner, E. & Minouni, M. (1997). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 921-927.
- Hsu, L.G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Johnson, C. & Connors, M.E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nerviosa: A biopsychosocial perspectives*. New York: Basic Books.
- Johnson, C., Lewis, C., Love, S., Lewis, L. & Stuckey, M. (1984). Incidence and correlates of bulimic behavior in a female high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 15-26.
- Johnson, C. & Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia: Perspectivas biopsicosociales. (p. 53-79). En: S.C. Feinstein & A.D. Sorosky (Comps.). *Trastornos en la alimentación*. Argentina: Nueva Visión.
- Joiner, T.E., Heatherton, T.F. & Keel, P. (1997). Ten year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1133-1138.
- Kaplan, A.S. & Garfinkel, P.E. (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry*, 141(5), 721-727.
- Kaplan, A.S. & Sadock, B.J. (1994). Eating disorders. (p. 689-698). En: *Synopsis of Psychiatry*. USA: Williams & Wilkins.
- Keel, P.K. & Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 313-321.
- Kendler, K.S., Mac Lean, C., Neale, M., Kessler, R. Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148(2), 1627-1637.
- Kendler, K.S., Walters, E. Neale, M. Kessler, R. Heath, A. & Eaves, L. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 374-383.
- Kerlinger, F.N. (1979). *Enfoque conceptual en la investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F.N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: Mc.Graw-Hill.

- King, M.B. (1989). Eating disorders in a general practice: Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine*, 14, 1-34.
- Kline, P. (1993). *Handbook of the psychological testing*. London: Routledge.
- Kreisler, L. (1990). La anorexia mental del lactante. En : Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (Eds.). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente (Vol. V)*. España: Biblioteca Nueva.
- Kutlesic, V., Williamson, D.A., Gleaves, D.H., Barbin, J.M. & Murphy-Eberenz, K.P. (1998). The interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10(1), 41-48.
- León, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 438-444.
- Levin, A.P. & Hyler, S.E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 47-53.
- Levine, M.P. & Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. (p. 59-80). In: J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll & M.A. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610.
- López, A.X., Mancilla, D.J.M. & Alvarez, R.G. (1998). Factores sociales y psicológicos de la obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6(2), 3-9.
- MacRae, S. (1995). *Modelos y métodos para las ciencias del comportamiento*. España: Ariel.
- Magnusson, D. (1977). *Teoría de los tests*. México: Trillas.
- Mahoney, J. (1985). *Control de peso: una solución al problema de las dietas*. México: Trillas.
- Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. & Román, F.M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 34-43.

- Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, E., Toro, J. & Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23 (5), 125-133.
- Mateos, A. & Solano, N. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(1), 1-19.
- McGuigan, F.J. (1996). *Psicología experimental: Métodos de investigación*. México: Prentice-Hall.
- Mintz, L. (1989). *Fear of being fat: the treatment of anorexia nervosa and bulimia*. USA : Jason Aronson.
- Mitchell, J.E. & Pyle, R.L. (1982). The bulimia syndrome in normal weight individuals: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 61-73.
- Mora, M. (1992). *Bulimia y variables de riesgo: Un análisis causal*. Barcelona: Facultad de Psicología UAB.
- Mora, M. & Raich, R.M. (1993). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: ¿Un vínculo causal?. *Anales de Psicología*, 9(2), 69-84.
- Mora, M. & Raich, R.M. (1994a). Bulimia nerviosa: Dificultades de delimitación diagnóstica. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 75-97.
- Mora, M. & Raich, R.M. (1994b). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa. *Psiquis*, 15(3), 39-48.
- Nagelberg, D.B., Hale, S.L. & Ware, S. L. (1984). The assessment of bulimic symptoms and personality correlates in female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 440-446.
- Namakforoosh, M.N. (1995). *Metodología de la investigación*. México: Limusa.
- North, C., Gowers, S. & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171(12), 545-549.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Ocampo, T.M.T., Mancilla, D.J.M. & López, A.V. (1996). Las preferencias alimentarias como componente contribuyente de la sobrecarga ponderal. *Psicología*, 31, 24-32.
- Palmer, B. (1998). Culture, constitution, motivation and the mysterious rise of bulimia

- nervosa. *European Eating Disorders Review*, 6(2), 81-84.
- Pasamontes, M., Fernández, F., Turón, V. & Vallejo, J. (1998). Bulimia nerviosa y modelo adictivo: Una revisión teórica. *Anales de Psiquiatría*, 14(5), 214-222.
- Patton, G.C. (1993). Eating problems (p.227-242). In. C.G. Costello (Ed.). USA : Wiley-interscience
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 635-644.
- Raciti, M.C. & Norcross, J.C. (1987). The EAT and EDI: Screening and interrelationships and psychometrics. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 579-586.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Raush, C. & Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Reiss, D. (1996). Abnormal eating attitudes and behaviors in two ethnic groups from female british urban population. *Psychological Medicine*, 26(2), 289-300.
- Rodríguez, M.C., Riquelme, A. & Buendía, J. (1996). Epidemiología de la anorexia nerviosa: Una revisión. *Anales de Psiquiatría*, 12(6), 262-269.
- Rogers, L., Resnick, M.D., Mitchell, J.E. & Blum, R.W. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 15-23.
- Román, F.M., Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G. & López, A.X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Psicología Contemporánea*, 5(2), 22-29.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders (p. 190-214). In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C. & Leitenberg, H. (1985). Exposure plus response prevention treatment of bulimia. (p. 193-212). In: D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. USA: Guilford Press.
- Ruderman, A.J. & Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 383-390.

- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Saldaña, C. & Rosell, R. (1988). *Obesidad*. España: Martínez roca.
- Schmidt, U. Tiller, J. Blanchard, M. Andrews, B. & Treasure, J. (1997). Is there a specific precipitating anorexia nervosa?. *Psychological Medicine*, 27(3), 523-530.
- Schutze, G. (1983). *Anorexia mental*. España: Herder.
- Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Alger, S.A. & Howard, L.J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 675-681.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New Jersey: Jason Aronson.
- Silva, R.A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología: Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Silva, R.A. (1998). *La investigación asistida por computadora: En las ciencias sociales y de la salud*. México: UNAM-Campus Iztacala.
- Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behavioural Research and Therapy*, 32(5), 497-502.
- Slade, P.D. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. (p. 401-422). En: J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Smead, V.S. & Richert, A.J. (1990). Eating attitudes test: Factors in an unselected undergraduate population. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 211-215.
- Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 52(5), 863-872.
- Sorosky, A.D. (1988). Un panorama de los trastornos en la alimentación. (p. 11-22). En: S.C. Feinstein & A.D. Sorosky (Comps.). *Trastornos en la alimentación*. Argentina: Nueva Visión.
- Soundy, T.J., Lucas, A.R., Suman, V.J. & Melton, L.J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25(5), 1065-1072.



- Stein, D., Meged, S., Bar-hanin, T., Blank, S., Elizur, A. & Weizman, A. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 36(8), 1116-1123.
- Steiner, H. & Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 352-359.
- Steinhausen, H., Winkler, C. & Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 147-151.
- Strangler, R. & Prinz, A. (1980). DSM-III: Psychiatric diagnosis in a university population. *American Journal of Psychiatry*, 137, 937-940.
- Streigel-Moor, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 353-359.
- Strober, M. (1984). Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa: Empirical findings and theoretical speculations. *International Journal of Eating Disorders*, 3(2), 3-16.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Carter, F.A., Gendall, K.A. & Joyce, P.R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 253-261.
- Swift, W.J. & Stern, S. (1982). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 17-36.
- Szamos, K. (1994). *Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: Laberinto hacia la libertad*. México: Alpe.
- Thelen, M.H., Farmer, J., Wonderlich, S. & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: The BULIT-R. *Psychological Assessment*, 3(1), 119-124.
- Thoma, H. (1967). *Anorexia nervosa*. USA: International University Press.
- Thomas, P., Turón, V., Sánchez, P. & Vallejo, J. (1992). Relación entre bulimia nerviosa y depresión. *Revista de Psiquiatría*, 19(4), 169-181.
- Thompson, M.G. & Schwartz, D.M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nerviosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 47-60.

- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. España: Masson.
- Van der Eycken, W. (1985). Bulimia has different meanings. *American Journal of Psychiatry*, 142, 141-142.
- Vázquez, A.R. (1996). *El papel de la familia en los trastornos alimentarios*. Tesina de Maestría. Barcelona: UAB.
- Vázquez, A.R. (1997). *Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa*. Tesis Doctoral. Barcelona: UAB.
- Vera, M.N. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía?. *Psicothema*, 10(1), 111-125.
- Vetrone, G., Cuzzolaro, M. & Antonozzi, I. (1997). Clinical and subthreshold eating disorders: Case detection in adolescent schoolgirls. *Eating Weight Disorders*, 1, 24-33.
- Viladrich, M.C., Prat, R., Doval, E. & Vall-Llovera, M. (1996). *Psicometría*. Barcelona: UAB.
- Welch, S.L., Doll, H.A. & Fairburn, C.G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27(3), 515-522.
- Wells, J.E., Coope, P.A., Gabb, D.C. & Pears, R.K. (1985). The factor structure of the eating attitudes test with adolescent schoolgirls. *Psychological Medicine*, 15(2), 141-146.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological correlates of eating problems: A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine*, 25(3), 567-580.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. USA: Pergamon Press.
- Wilson, G.T. & Walsh, B.T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 362-365.
- Wlodarczyk-Bisaga, K. & Dolan, B. (1996). A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 26(5), 1001-1032.

- Wolf, E. & Crowther, J. (1983). Personality and eating habits variables as predictors of severity of binge eating and weight. *Addictive Behaviors, 8*, 335-344.
- Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Brandes, J.S. & Lackstrom, J.B. (1993). *Eating disorders and marriage: The couple in focus*. New York: Brunner/Mazel.
- Wonderlich, S., Peterson, C. & Mitchell, J. (1997). Body image, psychiatric comorbidity, and psychological factors in the eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 10*(2), 141-146.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial: Un método de investigación en psicología y pedagogía*. España: Biblioteca Nueva.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 CAMPUS IZTACALA  
 TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de  
 Investigación en Nutrición de la UNAM campus Iztacala

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas.
2. Contéstalas de manera individual sin consultar a nadie.
3. Al contestarlas, hazlo lo más verídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúa a lo que piensas. No escribas nada en este cuadernillo, únicamente hazlo en las hojas de respuestas.
5. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

PREGUNTAS

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. Ej. Pan, arroz, papas, etc.)
11. Me siento llena después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de comer.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos dietéticos.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómoda después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer dietas.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

GRACIAS POR TU COOPERACION

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CAMPUS IZTACALA  
TEST DE BULI- SMITH-THELEN

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de  
Investigación en Nutrición de la UNAM campus Iztacala

## INSTRUCCIONES

Responde a cada pregunta en las hojas de respuestas poniendo una cruz en la respuesta que se ajuste mejor a tu caso particular. No escribas en este cuadernillo RECUERDA NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS, la mejor respuesta es la que corresponda con lo que a tí te suceda particularmente. POR FAVOR, responde a cada pregunta con SINCERIDAD. Recuerda que toda la información que nos des será estrictamente confidencial.

1 -¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracándote)?

- a) Una vez al mes o menos (o nunca).
- b) 2-3 veces al mes.
- c) Una vez o dos a la semana.
- d) 3-6 veces a la semana.
- e) Una vez al día o más.

2 -Estoy satisfecha con mis hábitos alimentarios.

- a) De acuerdo.
- b) Neutral.
- c) Un poco en desacuerdo
- d) En desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

3 -¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?.

- a) Prácticamente cada vez que como.
- b) Muy, frecuentemente.
- c) A menudo.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

4.-¿Te autodenominarias actualmente una tragona?

- a) Sí, siempre.
- b) Sí, frecuentemente.
- c) A menudo.
- d) Alguna vez.
- e) Nunca.

5 - Prefiero comer:

- a) En casa sola.
- b) En casa con otros.
- c) En un restaurante.
- d) En casa de un amigo.
- e) Me da igual.

6.- ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?

- a) Siempre o la mayoría de las veces.
- b) Muchas veces
- c) Ocasionalmente.
- d) Raramente.

e) Nunca.

7.- Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.

- a) Una vez al día o más.
- b) 3-6 veces por semana.
- c) Una o dos veces por semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Una vez al mes o nunca.

8.- Como hasta sentirme demasiado cansada para continuar comiendo.

- a) Por lo menos una vez al día.
- b) 3-6 veces por semana.
- c) De una a dos veces por semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Una vez al mes o nunca.

9.- ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como entre comidas.

10.- ¿En qué grado estás preocupada por comer entre comidas?

- a) No como entre comidas.
- b) Me preocupa un poco.
- c) Preocupación moderada.
- d) Gran preocupación.
- e) Probablemente es la mayor preocupación de mi vida.

11.- La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.

- a) Sí.
- b) Muy probablemente.
- c) Probablemente.
- d) Difícilmente.
- e) No.

12.- ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?

- a) Muy frecuentemente.
- b) Frecuentemente.
- c) Bastante a menudo.
- d) Ocasionalmente.
- e) Raramente o nunca.

13.- Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

14.- Me siento mal conmigo misma después de comer demasiado



- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como demasiado.

15.- ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

- a) Dos o más veces a la semana.
- b) Una vez a la semana.
- c) 2-3 veces al mes.
- d) Una vez a 1 mes.
- e) Nunca.

16.- ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas

- a) No como entre comidas.
- b) Me siento bien.
- c) Me siento moderadamente molesta conmigo misma.
- d) Me siento bastante molesta conmigo misma.
- e) Me odio.

17.- Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta.

- a) Muy frecuentemente.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

18.- Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

19.- He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.

- a) No en el año pasado.
- b) Una vez en el año pasado.
- c) 2-3 veces en el año pasado
- d) 4-5 veces en el año pasado
- e) Más de 5 veces en el año pasado.

20.- Me siento triste o deprimida después de comer más de lo que había planeado comer.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.

- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca

21.- Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas).

- a) Siempre.
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces
- e) Rara vez o no como entre comidas.

22.- Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:

- a) Mayor que la capacidad de otros.
- b) Más o menos la misma.
- c) Menor
- d) Mucho menor.
- e) No tengo ningún control.

23.- Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente llena. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?.

- a) Bien, contenta de haber probado ese nuevo restaurante.
- b) Un poco arrepentida por haber comido tanto.
- c) Algo decepcionada conmigo misma.
- d) Molesta conmigo misma.
- e) Totalmente disgustada conmigo misma.

24.- Me podría llamar, actualmente una "comedora compulsiva" (episodios de ingesta incontrolada).

- a) Totalmente.
- b) Muy probablemente.
- c) Probablemente.
- d) Tal vez.
- e) No, probablemente no.

25.- ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos.
- b) De 6-8 kilos.
- c) De 3-5 kilos.
- d) De 1-2 kilos.
- e) Menos de 1 kilo.

26.- Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente .

- a) Siempre.
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces.
- e) No como demasiado por la noche.

27 - ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?

- a) Sí, no es más problema para mí (en absoluto).
- b) Sí, me es más fácil.
- c) Sí, me es un poco más fácil.
- d) Más o menos lo mismo.
- e) No, me resulta más difícil

28 - Creo que la comida controla mi vida.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca

29 - Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como demasiado.

30.- ¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?

- a) Nunca
- b) Una vez al mes.
- c) 2-3 veces al mes.
- d) Una vez a la semana.
- e) 2 o más veces a la semana.

31 - Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?

- a) Más rápidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida.
- b) Mucho más rápido que la mayoría de la gente.
- c) Un poco más rápidamente que la mayoría de la gente.
- d) Más o menos a la misma velocidad que la mayoría de la gente.
- e) Más lentamente que la mayoría de la gente.

32 - ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos.
- b) De 6-8 kilos.
- c) De 3-5 kilos.
- d) De 1-2 kilos.
- e) Menos de un kilo.

33 - Mi último periodo menstrual fue.

- a) El mes pasado

- b) Hace 2 meses.
- c) Hace 4 meses.
- d) Hace 6 meses.
- e) Hace más de 6 meses.

34.- Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.

- a) Una vez al día o más.
- b) 3-6 veces a la semana.
- c) Una o dos veces a la semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Nunca

35.- ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?

- a) Mucho mayor que la mayoría.
- b) Bastante mayor.
- c) Un poco mayor.
- d) Más o menos el mismo.
- e) Menor que el de la mayoría.

36.- Tengo la menstruación una vez al mes.

- a) Siempre.
- b) Habitualmente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez.
- e) Nunca.

GRACIAS POR TU COOPERACION.

ANEXO 3

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
NO ESPECÍFICOS (TCANES's)  
DSM-IV (APA, 1994)**

**TCANE 1.-** Cumplen todos los criterios de la AN, pero las menstruaciones son regulares.

**TCANE 2.-** Cumplen todos los criterios de AN, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa de peso, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

**TCANE 3.-** Cumplen todos los criterios de BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses

**TCANE 4.-** Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.

**TCANE 5.-** Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

**TCANE 6.-** Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria (*Binge eating disorder*).

ANEXO 4

## FACTORES DEL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)

De acuerdo con Garner *et al.* (1982):

- F1) **Dieta**. Incluye las preguntas: 4, 9, 10, 14, 15, 22, 25, 29, 30, 36, 37, 38 y 39.
- F2) **Bulimia y preocupación por la comida**. Comprende los siguientes ítems: 6, 7, 13, 31, 34 y 40.
- F3) **Control oral**. Formado por los reactivos: 5, 8, 12, 24, 26, 32 y 33.

Mientras que los establecidos por Castro *et al.* (1991), son:

- FA) **Dieta y preocupación por la comida**. Compuesto por las preguntas: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38 y 39.
- FB) **Presión social percibida y angustia alimentaria**. En el cual se incluyen los siguientes reactivos: 3, 5, 8, 12, 24, 26, 33 y 34.
- FC) **Trastornos psicobiológicos**. Conformado por las preguntas: 13, 19, 28, 29, 35 y 40.

Finalmente, los ocho factores derivados a partir de la presente investigación:

- F1A) **Motivación para adelgazar**. Conformado por las preguntas: 4, 15, 22, 25 y 37.
- F2A) **Evitación de alimentos engordantes**. En el que quedaron incluidas: 9, 10 y 29.
- F3A) **Preocupación por la comida**. Compuesto por los siguientes reactivos: 7, 14, 31 y 34.
- F4A) **Presión social percibida**. En el que se consideran los reactivos: 12, 24 y 33.
- F5A) **Obsesiones y compulsiones**. En el que confluyen cuatro preguntas: 17, 18, 21 y 30.
- F6A) **Patrones y estilos alimentarios**. Conteniendo también éste a cuatro reactivos, que son: 1, 19, 27 y 39.
- F7A) **Conductas compensatorias**. En éste quedaron incluidas sólo tres preguntas: 13, 28 y 40.



ANEXO 5

## FACTORES DEL TEST DE BULIMIA (BULIT)

De acuerdo con Smith *et al.* (1984) estos son:

- F1) **Sobreingesta**. Incluyendo los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, 8, 11, 12, 17, 18, 22 y 24.
- F2) **Sentimientos posteriores a la sobreingesta**. Que comprende las preguntas: 5, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 26 y 29.
- F3) **Vómito**. Con las preguntas: 1, 8, 15, 27 y 30.
- F4) **Preferencias alimentarias durante la sobreingesta**. Comprende los siguientes reactivos: 9 y 21.
- F5) **Fluctuaciones en el peso**. El cual incluye los reactivos: 25 y 32.

Mientras que Mora (1992) deriva los siguientes siete factores:

- Fa) **Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta**. Contemplando a los reactivos: 14, 16, 19, 20, 23, 26 y 29.
- Fb) **Bulimia**. El cual incluye los ítems: 1, 4, 8, 17, 24 y 35.
- Fc) **Preferencias alimentarias durante la sobreingesta**. Conformado por las preguntas: 9 y 21.
- Fd) **Irregularidades menstruales**. Que comprende al ítem: 33.
- Fe) **Vómito**. Conformado por dos ítems: 15 y 30.
- Ff) **Fluctuaciones del peso**. En el cual se incluyen las preguntas: 25 y 32.
- Fg) **Abuso de laxantes y diuréticos**. Formado por sólo dos preguntas: 7 y 34.

Finalmente, los tres factores derivados a partir de la presente investigación:

- F1a) **Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación**. En el que quedaron incluidos once preguntas: 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 17, 24, 28 y 35.
- F2a) **Sentimientos negativos después de la sobreingesta**. Conformado por las siguientes preguntas: 10, 14, 16, 20, 23, 26 y 29.
- F3a) **Conductas compensatorias**. En éste quedaron incluidas sólo cuatro: 7, 15, 27 y 30.