

13

13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
CAMPUS: IZTACALA

---

---

"VALIDACIÓN DEL EATING DISORDER  
INVENTORY (EDI) EN POBLACIÓN MEXICANA"

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA  
PRESENTAN:

ALVAREZ TAPIA DELMA TZETZANGARY  
FRANCO PAREDES KARINA

DIRECTOR: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ  
ASESORAS: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN  
DRA. ROSALIA VÁZQUEZ AREVALO



Tlalnepantla, Estado de México, Marzo del 2001

2017 5/15



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.

*DÉDICO A TORI AS*

*A mis padres:*

Por su apoyo, comprensión  
y por la confianza que  
depositaron en mí, por  
haberme dado la oportunidad  
de cumplir con una de mis  
metas más importantes.  
Agradezco sus sacrificios y  
preocupaciones Los quiero.

*A mi mamá Adela*

Por ser mi motivación, el sol que  
me iluminaba cuando me sentía sola  
Por haberme enseñado el lado  
humano de la vida, por educarme con  
todo el amor que su corazón podía  
dar Con esto sólo quiero decirle  
cuánto la quiero

*A Carlos:*

Por entenderme, apoyarme,  
darme ánimo para seguir  
adelante, por tu tiempo, tu  
amor y por todas las cosas que  
aprendí a tu lado Contigo  
aprendí que ser una persona  
exitosa profesionalmente no es  
la felicidad completa Te amo

*A Karina*

Te agradezco haber sido mi  
compañera, amiga y confidente  
Por la paciencia y el tiempo  
compartido Me enseñaste  
muchas cosas valiosas, y lo más  
importante, estuvimos juntas en  
los mejores y en los peores  
momentos que pasamos en  
nuestra época de estudiantes

*A mis padres, Reyna y José.*

*Quiénes han sido ejemplo de tenacidad, esfuerzo y perseverancia, en su lucha por una superación constante que hoy me ayuda a culminar este trabajo. Agradezco la orientación, apoyo y confianza brindados en cada momento*

*A mis hermanos*

*Porque siempre están en la mejor disposición de escucharme y por todos los momentos que hemos compartido*

*Con cariño especial para mis sobrinos, quienes empiezan a disfrutar los placeres de la vida.*

*A DELMA.*

*Un reconocimiento especial por su firme convicción, trabajo y dedicación para la culminación de este trabajo. Porque compartimos grandes momentos en nuestra formación profesional, experiencia inolvidable*

*A FELIPE.*

*Por su afecto, comprensión y apoyo incondicional, expresando palabras de aliento en los momentos más oportunos. Porque compartimos las mismas aspiraciones*

*A Juan Manuel*

*Por confiar en nosotras y habernos dado la oportunidad de enriquecer nuestra formación profesional permitiéndonos participar en el proyecto de investigación. Agradecemos su amistad y su asesoría en la realización de este trabajo.*

*A Gina*

*Por tu gran apoyo, paciencia y dedicación, por tus críticas constructivas y por contribuir en la culminación de esta tesis. Gracias por tu amistad.*

*A Rosalía:*

*Agradecemos tus opiniones y sugerencias acertadas que contribuyeron a enriquecer el contenido de este trabajo.*

*A Rosy y Vero:*

*Por su amistad, por haber soportado las tempestades a bordo del barco al que subimos en 1997. Formaron parte importante en nuestra formación personal y profesional.*

*A Xochitl, Vero, Trini y Erick:*

*Por su ayuda en los momentos en que necesitábamos orientación.*

## ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEORICOS	4
1 Trastornos alimentarios	4
1.1 Anorexia nerviosa	6
Definición	6
Criterios diagnósticos	7
1.2 Bulimia nerviosa	8
Definición	8
Criterios diagnósticos	10
1.3 Conductas y cogniciones asociadas a los trastornos alimentarios	11
Motivación para adelgazar	11
Insatisfacción corporal	12
Perfeccionismo e Inefectividad	13
Desconfianza interpersonal	14
Identificación de la interocepción	15
Miedo a madurar	15
1.4 Modelos de la etiología de los trastornos alimentarios	17
Modelos de la secuencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores	17
Modelos de Williamson	22
2 Propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación psicológica	26
2.1 Confiabilidad	26
2.2 Validez	28
3 Estudios de confiabilidad y validez del Inventario de Trastornos Alimentarios EDI	32

OBJETIVOS	40
METODO	41
Sujetos	41
Instrumentos	42
Procedimiento	43
RESULTADOS	46
1ra Parte	
Confiabilidad	46
2da Parte	
Confiabilidad	51
Validez discriminante	52
Validez predictiva	64
Validez concurrente	69
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS	80
ANEXOS	88

## RESUMEN

El Eating Disorder Inventory (EDI) es un autoreporte ampliamente utilizado en investigaciones sobre trastornos alimentarios, su objetivo es evaluar las dimensiones cognitivas y conductuales asociadas a los trastornos alimentarios. Consta de 64 reactivos agrupados en 8 factores. El objetivo del presente estudio fue valorar las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) del EDI en población mexicana. El estudio se dividió en dos fases. En la 1ª fase se evaluó la confiabilidad del instrumento y la validez factorial ( $n= 669$ ), con una edad promedio de 18 años. En la 2ª fase el objetivo fue evaluar la validez (predictiva, discriminante y concurrente) del EDI ( $n= 203$ ) mujeres, con una edad promedio de 16 años. Además del EDI, se utilizaron el EAT y una Entrevista de Diagnóstico para los Trastornos Alimentarios (IDED). *Resultados* 1ª fase Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad (*Alpha* de Cronbach) de 0.87 para el total del instrumento En el análisis factorial se obtuvieron 8 factores, igual que en el instrumento original 2ª fase En la validez discriminante fue posible establecer un punto de corte para el total del EDI y tres de sus factores Motivación para Adelgazar, Bulimia e Insatisfacción Corporal En la validez predictiva se observó que el total del EDI y los factores Motivación para Adelgazar y Bulimia discriminaron y clasificaron adecuadamente a las personas con bulimia Los resultados de la validez concurrente mostraron que el total del EDI y seis de sus factores se correlacionaron significativamente con el total del EAT. *Conclusión:* El EDI mostró ser un instrumento confiable y válido para la población mexicana. Mostró mayor capacidad para clasificar y discriminar adecuadamente a las personas con bulimia nerviosa El factor Perfeccionismo mostró inconsistencia tanto en la confiabilidad como en la validez.



## INTRODUCCIÓN

La alimentación es un elemento vital para la supervivencia del hombre. A través del tiempo, se ha comprobado que no sólo está supeditada a factores biológicos, sino que también intervienen aspectos psicológicos, sociales y culturales. Actualmente parece que su función de cubrir necesidades biológicas ha pasado a un plano secundario, debido a que las personas en la búsqueda de cumplir con el estereotipo de la delgadez, impuesto por la sociedad, modifican sus hábitos alimentarios, restringiendo alimentos que atentan contra la estética corporal, sin importar que se ponga en riesgo su bienestar físico y emocional, que en ocasiones puede originar un trastorno alimentario.

Entre los trastornos alimentarios se encuentran principalmente dos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa suele comenzar durante los primeros años de la adolescencia y las personas que la padecen se caracterizan por presentar una pérdida significativa de peso corporal (superior al 15%). El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que tienen un alto nivel calórico, y en algunos casos mediante vómitos autoinducidos, ejercicio físico excesivo y consumo de diuréticos. Además, están obsesionadas por pensamientos en torno a la comida y por una imagen inalcanzable de la "esbeltez perfecta", las pacientes con anorexia rechazan y por tanto luchan contra la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, ya que basan el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas (Toro, 1996, Turón, 1997).

La bulimia suele presentarse hacia el final de la adolescencia y estas personas se caracterizan por experimentar una terrible angustia acerca del exceso de peso. Sin embargo, tienen períodos en los que experimentan una necesidad incontrolable de comer, especialmente alimentos dulces; generalmente presentan episodios de estrés, temor, coraje y angustia, entre otros (Feinholz, 1997b)

Las características generales que presentan las personas anoréxicas y bulímicas es que tienen una aparente adaptación social, ya que pueden ser personas exitosas económicamente, en los estudios o en algún otro aspecto. Tienen una necesidad de perfección, tanto en su interacción social, como en su desempeño académico y laboral, lo cual les permite llegar a ser exitosas (Feinholz, 1997a). Las jóvenes con estos trastornos tienen una gran necesidad de control externo, de ahí que todo deba ser perfecto y que los afectos se manejen por medio de los alimentos, para con ello sustituir la falta de control interno sobre sus emociones (Galindo, 1993)

Estudios recientes indican que la prevalencia de los trastornos alimentarios en México crece cada vez más en adolescentes y adultas jóvenes, especialmente menores de 25 años. En los últimos años ha incrementado su incidencia, con una mortalidad de un 10% de los casos. Aunque estos trastornos son más comunes en la adolescencia se han reportado casos en niñas y en adultas de edad avanzada, siendo las mujeres la población de mayor riesgo, sin embargo, cada vez aparecen más casos en el género masculino (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech, 1995; Holtz y Tena-Suck, 1995; Virseda, 1995).

El aumento de casos de trastorno alimentario ha generado una serie de investigaciones con la finalidad de describirlos y caracterizarlos. Se han elaborado una serie de instrumentos para evaluar aspectos relacionados con los trastornos alimentarios. Por ejemplo, el EDI fue diseñado para evaluar conductas y cogniciones asociadas a la anorexia y bulimia nerviosa. Fue elaborado y validado en Canadá, en población clínica, por Garner, Olmsted y Polivy (1983). Los autores de este instrumento informan una consistencia interna de 0.80.

El EDI es un instrumento ampliamente utilizado internacionalmente, se ha traducido en varios idiomas y se han valorado sus propiedades psicométricas en países como España, China, Suecia, Austria, entre otros, en donde ha demostrado ser un instrumento que posee una confiabilidad adecuada y se ha confirmado su validez, lo cual permite afirmar que es un instrumento útil para evaluar los rasgos psicológicos relevantes de los trastornos alimentarios y puede ayudar a identificar a las personas con alto riesgo de trastorno alimentario.

En México, la investigación de los trastornos alimentarios es reciente, por lo que es necesario contar con instrumentos válidos y confiables que permitan realizar una *evaluación más precisa que contribuya en la caracterización* de estas psicopatologías en población mexicana. El EDI es un instrumento que ha demostrado tener una buena confiabilidad (Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López 2000), sin embargo, en México sólo fue adaptado pero no se han hecho investigaciones en donde se evalúen las propiedades psicométricas de este instrumento. Por ello, el objetivo de la presente investigación es evaluar la confiabilidad y validez del EDI en población mexicana.

## ANTECEDENTES TEÓRICOS

### 1 Trastornos alimentarios

La alimentación es fundamental para la sobrevivencia del hombre, ya que de los alimentos obtiene los nutrientes y la energía necesaria para poder desarrollarse. Sin comer en cantidad suficiente, y con una mínima variedad alimentaria no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que se denomina salud.

Por medio de la alimentación el hombre cubre necesidades fisiológicas, por ejemplo, mantiene la actividad y el calor corporales, además es un aspecto fundamental de toda cultura, dado que expresa formas de organización, de relación del hombre con su entorno, etc. Así, los alimentos y el acto de comer pueden asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán emocionalmente significativas (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

En la alimentación pueden identificarse tres planos interrelacionados, 1) un sentido fisiológico, 2) un sentido psicológico y 3) un significado socialmente compartido (Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995). Por lo tanto, para hablar de la alimentación no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico, es indispensable rescatar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que están implicados en ella (Román, 1997).

A lo largo de la historia la cultura ha influido en qué se come, cómo se come y cuánto se come, además, en las últimas décadas se ha encargado de difundir un modelo estético corporal delgado, teniendo como consecuencia que las personas empezaran a llevar a cabo conductas alimentarias nocivas para la salud, restringiendo cierto tipo de alimentos que atentaban contra la estética corporal.

Considerando que en el acto de comer no sólo intervienen aspectos puramente biológicos, sino también psicosociales, es posible entender la existencia de trastornos alimentarios, definidos como "trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica" (Raich, 1994, p. 20). Entre los trastornos alimentarios más frecuentes se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosas.

publicitaria contribuye significativamente a una mayor apropiación de tales inclinaciones, y por consiguiente, a una mayor incidencia de los trastornos de la alimentación, o bien, de algunos de sus componentes

Al respecto, Toro (1996) señala que la industria de la moda, los fabricantes de productos adelgazantes o de alimentos bajos en calorías llamados "*light*" y los editores de libros sobre dietas aprovechan las inclinaciones estético-corporales de la sociedad -las que ellos mismos fomentan- para vender productos adelgazantes, puesto que esto les reditúa cuantiosas ganancias

En resumen, puede decirse que en los trastornos alimentarios los requerimientos biológicos han dejado de ser el eje rector de la alimentación y tienen mayor influencia los factores culturales, sociales y psicológicos

## 1.1 Anorexia nerviosa

### Definición

Las primeras descripciones clínicas de lo que hoy se conoce como anorexia (palabra que en griego significa "falta de apetito") fueron hechas por Laségue en 1873, quien denominó a este trastorno como "anorexia histérique", describiéndola como una enfermedad psicógena (Rausch y Bay, 1990), y por Gull en 1874, quien inicialmente también calificó el cuadro clínico como *anorexia histérique*, pero ante la evidencia de un déficit de pepsina gástrica, en una conferencia pronunciada en Oxford, introdujo el término *anorexia nerviosa* (Guillemot y Laxenaire, 1994; Mateos y Solano, 1997). No obstante, algunos autores han manifestado su desacuerdo con el término "anorexia", argumentando que las pacientes con este trastorno no es que no tengan hambre, sino que la niegan (Rausch y Bay, 1990).

La anorexia nerviosa es un trastorno que se define por un miedo intenso a ganar peso, temor extremo ante la posibilidad de llegar a ser obesas, incluso, hay un rechazo contundente a mantener el peso corporal normal para una determinada edad y talla (Morzán, 1994; Turón, 1997). La pérdida de peso se consigue por ayunos o por una disminución extrema en la ingestión de comida, principalmente de alimentos altos en calorías, carbohidratos y grasas, en ocasiones puede acompañarse de la presencia de

conductas compensatorias tales como ejercicio en exceso, vomito autoinducido y/o uso laxantes o diuréticos

La anorexia nerviosa, por lo general, afecta a las mujeres adolescentes entre 14 y 18 años, pero también a prepúberes, mujeres mayores y, en menor medida a hombres. La proporción entre hombres y mujeres es aproximadamente de 1 a 10 (Kaplan y Sadock, 1994, Toro, 1996), mientras que la prevalencia de la anorexia nerviosa entre mujeres adolescentes y adultas se estima entre 0.5 y 1% (American Psychiatric Association, 1994)

Las personas que padecen anorexia nerviosa pueden presentar las siguientes manifestaciones fisiológicas (Taylor y Anthony, 1993).

- Piel seca, áspera, agrietada y fría, en ocasiones recubierta de lanugo (vello fino y oscuro más abundante de lo normal) que puede llegar a cubrir todo el cuerpo
- Uñas frágiles (quebradizas)
- Caída de pelo y un aspecto pajizo del mismo
- Petéquias en la piel (hemorragias puntiformes).
- Edemas en las piernas
- Las palmas de las manos pueden presentar el color amarillento que produce la hipercarotinemia
- Bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca)
- Hipotensión arterial

### **Criterios Diagnósticos**

Clasificar y diagnosticar a la anorexia nerviosa ha sido una tarea difícil, porque en ocasiones la gravedad de las alteraciones suele confundirse con otras enfermedades, para evitar esta situación los especialistas pueden guiarse con los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa que se proponen en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-I (American Psychiatric Association –APA-, 1994) los cuales son:

- a) Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso inferior al 85% del peso esperable).

- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos)

*Tipos de anorexia nerviosa:*

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a "atracones" o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a "atracones" o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

## 1.2 Bulimia nerviosa

### Definición

Antes del siglo XIX, en la literatura se encontraban pocas referencias de lo que hoy se conoce como bulimia nerviosa. Galeno describió a la bulimia como "un enorme apetito" caracterizado por la ingestión de gran cantidad de alimentos en intervalos muy cortos de tiempo, y la concebía relacionada a una patología digestiva (Guillemot y Laxenaire, 1994; Mateos y Solano, 1997). Pero es hasta finales de los años 70's, que Russell define por primera vez el término bulimia (palabra que se deriva del griego *bous-buey* y *limos-hambre* y significa "hambre de buey") o "bulimarexia" como un síndrome de purga y atracones, este término se utilizó para las personas que tenían bulimia después de haber padecido anorexia. En el DSM-III (APA, 1980) aparece por primera vez la denominación de bulimia y finalmente se adoptó el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R (APA, 1987)

Las pacientes con bulimia nerviosa, presentan una insatisfacción corporal, tienen estereotipos de cuerpo delgado y sus actitudes acerca de su cuerpo son negativas (Cash y Brown, 1987), presentan frecuentes episodios de voracidad, es decir, ingieren, en un periodo corto de tiempo, cantidades de alimento significativamente superiores a lo que sería "normal" ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión de alimentos se lleva a cabo experimentando, paralelamente, la sensación de pérdida de control sobre la misma (National Institute of Mental Health, 1993, Toro, 1996)

En los atracones, que regularmente se llevan a cabo por la noche y en secreto, la comida es ingerida rápidamente, sin dar tiempo a saborearla. Los alimentos consumidos, por lo general, son carbohidratos y grasas de fácil ingestión. Posterior al atracón, la persona se siente culpable y se atormenta por la sensación de pérdida de control, por lo que lleva a cabo ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso de laxantes o diuréticos (Weltzin, Fernstrom y Kaye, 1994)

Inicialmente los atracones son consecuencia de la dieta restrictiva a la que se someten, sin embargo, después se generalizan como un recurso para intentar aliviar el malestar emocional causado por situaciones de estrés, temor, coraje, angustia, o cualquier otro sentimiento o situación que la persona con bulimia nerviosa no sea capaz de tolerar (Feinholz, 1997a)

La bulimia nerviosa es un trastorno que afecta principalmente a mujeres jóvenes, puede presentarse en niñas de 11 años y hasta en mujeres de 40, sin embargo, es más frecuente entre los 16 y 18 años. En el DSM- IV (APA, 1994) la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y las jóvenes adultas es aproximadamente de 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor.

Algunas de las complicaciones médicas que presentan las personas con bulimia nerviosa son las siguientes (Rausch y Bay, 1990; McLaren, 1993):

- Erosión de los dientes, descalcificación, caries o pérdida del esmalte dental, todo esto como consecuencia del efecto químico del ácido gástrico, el cual pasa por la boca cuando es provocado el vómito.
- Debido a que las manos con frecuencia son utilizadas para provocarse el vómito, suelen presentar erosiones y callosidades, lo que se conoce como signo de Russel

- Hinchazón e inflamación abdominal
- Niveles bajos de potasio, lo cual suele causar debilidad extrema y casi parálisis
- Ruptura de esófago
- Dolor de garganta
- Hinchazón de la cara
- Náuseas.
- Diarrea o constipación
- Irregularidades menstruales
- Sudoración
- Somnolencia.

Los vómitos, el abuso de laxantes y diuréticos pueden causar una pérdida excesiva de líquidos y electrolitos, lo cual trae como consecuencia hipotensión arterial, arritmias cardíacas, alteraciones electrocardiográficas y taquicardia que puede tener lugar después de los atracones

### **Criterios Diagnósticos**

Los criterios de diagnóstico para la bulimia nerviosa de, acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) son:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - 1 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
  - 2 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio en exceso
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales



- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

#### *Tipos de bulimia nerviosa*

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

### **1.3 Conductas y cogniciones asociadas a los trastornos alimentarios**

Es importante conocer y delimitar las características conductuales y cognitivas que presentan las personas que padecen un trastorno alimentario, y dado que se trata de un problema psicológico, es conveniente comprender la relación que existe entre pensamientos-conductas-emociones. A continuación se describen algunos de estos aspectos.

#### **Motivación para adelgazar**

En las personas con trastorno alimentario existe un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de aumentar de peso y buscan por todos los medios estar delgadas, aunque ellas siempre se van a considerar con sobrepeso. A medida que la gravedad de los trastornos alimentarios se agudiza, el temor a engordar va siendo cada vez mayor y el tener un cuerpo delgado se convierte en el centro de sus actividades, en su forma de vida, cuando estas personas aumentan de peso se sienten devaluadas.

Asimismo, se caracterizan por tener pensamientos distorsionados y persistentes respecto a la comida, el peso y la figura; de esta manera, es común que se presente un cambio en el patrón normal de alimentación, iniciando con una restricción de los glúcidos e hidratos de carbono, que son considerados como alimentos altamente calóricos, y por lo tanto, prohibidos. Posteriormente, empiezan a restringir los lípidos o grasas y finalmente las proteínas. Aunque algunos pacientes llegan a restringir también el consumo de agua. Es

necesario aclarar que en el caso de las personas con bulimia en los episodios de sobreingesta consumen principalmente alimentos altos en calorías (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994)

De particular importancia es el estilo de pensamiento dicotómico, del "todo o nada", en donde no hay cabida para los puntos intermedios, a partir del cual el peso y la alimentación se experimentan. Así, se torna difícil para la persona regular la ingestión de comida o su actividad física sin caer en extremos (Rausch y Bay, 1990)

Estudios empíricos han demostrado que las personas con sintomatología de trastorno alimentario obtienen puntuaciones significativamente superiores, en comparación con grupos control, cuando se evalúa la motivación para adelgazar y específicamente a partir del factor del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) que evalúa esta característica (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Román, 1998, Calderón, Moreno, Gil y Roca, 1998; Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999)

### **Insatisfacción corporal**

Otra de las características fundamentales de los trastornos alimentarios es la percepción distorsionada de la imagen corporal. La imagen corporal se refiere a la manera en que una persona siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995). En general, las personas con anorexia o bulimia nerviosa se sienten insatisfechas con su figura y tienden a sobredimensionar las medidas o el peso de su cuerpo, es decir, la fotografía mental de su silueta no corresponde a una estimación objetiva (Slade, 1985) Pero la tendencia a sobreestimar el tamaño corporal no se debe a fallas perceptivas sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (Raich, 1994; Mateos y Solano, 1997).

Entre los factores que influyen para que algunas personas se sientan insatisfechas con su cuerpo se pueden citar la presión cultural hacia la esbeltez, la estigmatización de la obesidad y la retroalimentación social. La interiorización del concepto de delgadez conlleva inevitablemente a una preocupación por la silueta y por el peso, por lo general, algunas mujeres se comparan negativamente con el modelo estético corporal impuesto por la sociedad, dando como consecuencia una insatisfacción con la imagen corporal, que es uno de los factores de riesgo para la presencia de la sintomatología de trastorno alimentario,

anorexia o bulimia nerviosas (Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y Lopez, 2000) e incluso es considerado como un criterio diagnóstico

Otra variable que contribuye a que algunas personas se sientan insatisfechas con su cuerpo son los cambios físicos que supone la pubertad, tales como el ensanchamiento de cadera, crecimiento de senos, muslos, etc., principalmente en las mujeres, lo cual genera angustia ante la posibilidad de llegar a tener sobrepeso, de ahí que desde este momento las jóvenes empiecen a preocuparse por lo que comen. Ante esta situación, las adolescentes están más susceptibles a realizar toda una gama de conductas destinadas a bajar de peso y llevar a cabo dietas que con frecuencia son anunciadas en los medios de comunicación (Heatherton, Nichols, Mahamedi y Keel, 1995)

Los resultados de investigaciones confirman que las pacientes con trastorno alimentario están insatisfechas con su cuerpo y se sienten excedidas de peso. Por ejemplo, al evaluar la insatisfacción corporal como predictor de trastorno alimentario, se ha encontrado que en efecto, estas personas están más insatisfechas con su cuerpo y experimentan un mayor temor a engordar en comparación con las personas del grupo control (Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1996, Román, Mancilla, Alvarez y López, 1997, Mancilla y cols, 1999)

En un estudio realizado por Cooper y Taylor (1998), en una muestra de mujeres con bulimia nerviosa y un grupo control, se encontró que los sujetos con bulimia nerviosa sobrestimaban su talla corporal actual, mientras que los sujetos del grupo control la subestimaban. Por su parte, Williamson, Cubic y Gleaves (1993), encontraron que si a las pacientes con trastorno alimentario se les pedía seleccionar la silueta que representara su talla actual, seleccionaban siluetas con una talla corporal más grande de lo que en realidad es su talla actual

### **Perfeccionismo e Inefectividad**

Las pacientes con trastorno alimentario, especialmente las que padecen anorexia nerviosa, se fijan metas exageradas, que no sólo se limitan a la alimentación sino también a otros aspectos de su vida, esto es, en su interacción social, su desempeño académico y laboral, así como en sus relaciones interpersonales (Feinholtz, 1997b); están convencidas de que los demás esperan resultados excelentes de ellas por lo que sus expectativas

personales son muy altas. Estas jóvenes tienen un "locus de control externo", su comportamiento está basado en las opiniones de los demás (Galindo, 1993). En particular, las personas con anorexia nerviosa muestran poca tolerancia a la frustración, por lo que no pueden afrontar adecuadamente situaciones de separación o de pérdida (Buendía, 1996).

Estudios relacionados con esta característica de los trastornos alimentarios, empleando el EDI, han demostrado que las personas con estas psicopatologías son más perfeccionistas en comparación con personas de un grupo control (Calderón y cols., 1998). En otra investigación se encontró que las personas con anorexia nerviosa tienden a ser más perfeccionistas que las personas con bulimia nerviosa (Mancilla y cols., 1998).

Por otra parte, las pacientes con trastorno alimentario experimentan sentimientos de incapacidad general, inseguridad, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Perciben haber perdido el control de sus conductas, sus necesidades y sus impulsos y que no son dueñas de su cuerpo. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace más exigentes, a tal punto de sentir que lo que hacen nunca es suficientemente bueno. Estudios recientes han encontrado que la inefectividad es una característica que está más asociada a las pacientes con bulimia nerviosa en comparación con las personas que tienen anorexia nerviosa (Mancilla y cols., 1998).

En resumen, se puede decir que el perfeccionismo es una característica que predomina entre las personas con anorexia, mientras que la inefectividad predomina en las pacientes con bulimia.

### **Desconfianza interpersonal**

Las personas con trastorno alimentario muestran desinterés por establecer relaciones íntimas y tienen dificultad para expresar sus sentimientos y pensamientos. Asimismo, evitan situaciones que provoquen preocupación por la apariencia física, como no asistir a encuentros en los que la persona cree que con su físico va a ser objeto de crítica, o donde va a encontrar personas que considera más delgadas que ella misma. El no acudir a estas reuniones sociales aumenta la probabilidad de no asistir en el futuro, puesto que huir de la aversión es gratificante, lo cual puede dar origen a una fobia social (Raich, 1994, Feinholz, 1997a).

También, suelen evitar comer con los miembros de su familia, amigos u otras personas, así como en cualquier situación social que implique consumir alimentos, y dado

que el acto de comer es una situación común para establecer y mantener relaciones sociales. éstas se empiezan a deteriorar como consecuencia del aislamiento al que se someten

Algunas investigaciones han demostrado que las personas con trastorno alimentario presentan una mayor puntuación en el factor desconfianza interpersonal del EDI en comparación con un grupo control (Martínez, Medina y Quiroz, 1997, Calderón y cols., 1998)

### **Identificación de la interocepción**

Las personas con trastorno alimentario también se caracterizan por tener dificultad para reconocer y responder adecuadamente a sus estados emocionales y a ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. El proceso de digestión es siempre interpretado en base a cogniciones erróneas y elaboran pensamientos cada vez más alejados de la realidad. Debido a estos problemas, el cuerpo no se ve como natural ni como una fuente de confort, más bien se percibe como algo extraño, algo que se debe controlar artificialmente (Buendía, 1996, Turón, 1997)

### **Miedo a madurar**

Generalmente, quien padece algún trastorno alimentario experimenta un deseo de volver a la seguridad de la infancia, dadas las excesivas demandas de la vida adulta; por lo que temen a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas la edad adulta. La restricción alimentaria es un mecanismo que les ayuda a evitar la madurez psicobiológica, esto es, a conservar la apariencia y estado hormonal prepuberales. Se muestran dependientes sobre todos hacia los padres, necesitan sentirse cuidadas y ante las personas quieren aparentar que siguen siendo niñas (Crisp, 1980, cit. en Garner, 1998)

En síntesis, las personas con anorexia o bulimia nerviosas se caracterizan por tener una insatisfacción corporal, estar motivadas para adelgazar, ser perfeccionistas, por tener dificultad para establecer relaciones interpersonales y por experimentar sensaciones de ineffectividad. No obstante, cada uno de estos trastornos presenta características psicológicas y conductuales particulares, las cuales se presentan en las tablas 1 y 2

(Rausch y Bay, 1990, Taylor y Anthony, 1993, National Institute of Mental Health, 1993 y Turon 1997):

### CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Suelen ser complacientes</li> <li>✧ Aparentan poseer muchas cualidades</li> <li>✧ Perfeccionistas se muestran intolerantes ante las equivocaciones y las críticas, fracasan en las relaciones de noviazgo debido a las excesivas exigencias hacia su pareja</li> <li>✧ Inactivas sexualmente, probablemente por no querer mostrar su cuerpo, ya que se consideran con sobrepeso</li> <li>✧ Exitosas en el ambiente académico y laboral</li> <li>✧ Suelen manifestar tristeza, aislamiento, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa y desesperanza</li> <li>✧ Ansiedad en cuanto al miedo a engordar, a la valoración crítica de su cuerpo y a la pérdida de la autoimagen</li> <li>✧ Actitudes fóbicas hacia el acto de comer, a ciertos alimentos, a deglutir, a la cocina, al comedor, a sus muslos, caderas, a mirarse en el espejo, incluso a palabras como kilos, engordar, grasa, comer, etc</li> <li>✧ Imagen corporal distorsionada, de modo que al pedirles que la describan, sobreestiman excesivamente el busto, la cadera, la cintura, los muslos, el abdomen, con un exceso hasta de 50%</li> <li>✧ Alteraciones en la percepción de estímulos interoceptivos, en especial los relacionados con el hambre, la saciedad, las emociones y los sentimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Hiperactivas con el objetivo de bajar de peso, por ejemplo, pasan la mayor parte del día de pie, hacen ejercicio, bailan, etc</li> <li>✧ Restringen las horas de sueño y pueden llegar a hacer una serie de actividades para no dormir y permanecer activas</li> <li>✧ Extraños rituales de alimentación, tales como, pesar cada pedacito de comida, cortarla en pedazos diminutos colocarla en envases pequeños, comer lentamente</li> <li>✧ Alteración de sus modales para comer, dejan de usar los cubiertos, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen y terminan estropeando los alimentos</li> <li>✧ Preocupación por conocer el contenido calórico exacto de cada alimento, y por lo general, se lo aprenden de memoria</li> <li>✧ Al terminar de comer, la cantidad de alimentos rechazados es superior a la cantidad ingerida. Es paradójico que este rechazo por la comida se acompañe, por el deseo de que el resto de la familia se alimente bien y cocinen en forma excelente para los demás, mientras que ellas malcomen a solas</li> </ul>
---	--

Tabla 1 Características de la anorexia nerviosa

-----  
**CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS**  
 -----

<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Afectivamente inestables</li> <li>✧ Tienen estados de humor depresivos altamente variables</li> <li>✧ Conductas impulsivas</li> <li>✧ Baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración</li> <li>✧ Baja autoestima</li> <li>✧ Plantean demandas excesivas en sus relaciones interpersonales y generan rechazo, así fracasan en el establecimiento de relaciones interpersonales</li> <li>✧ Personalidad histriónica, siendo los rasgos fundamentales la hiperreactividad emocional a los estímulos y la expresión intensa de los afectos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Hurto</li> <li>✧ Abuso de alcohol o drogas</li> <li>✧ Con frecuencia son personas sexualmente activas y algunas veces incluso promiscuas</li> <li>✧ Suelen ser extrovertidas y con una vida social activa</li> <li>✧ Gran necesidad de aprobación externa y confirmación e intentan lograrlo adaptándose a los demás</li> <li>✧ Son evitadores de conflicto y permanentemente buscan el halago y la atención de los demás</li> </ul>
---	---

Tabla 2 Características de la bulimia nerviosa

#### 1.4 Modelos de la etiología de los trastornos alimentarios

Con base en las características que presentan las personas con trastorno alimentario, diversos autores han elaborado modelos en los que se hace énfasis en ciertos aspectos. En particular, para la presente investigación resultan importantes aquellos que subrayan algunas conductas y cogniciones asociadas a la sintomatología de la anorexia y la bulimia nerviosas.

A continuación se describen cuatro modelos específicos para anorexia y bulimia, los cuales se consideran relevantes para el presente estudio, debido a que retoman las principales características reportadas en la literatura internacional especializada en el área

##### **Modelos de la secuencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores**

Garfinkel y Garner (1982) aplicaron el modelo de la psicopatología para explicar los factores involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios, clasificándolos en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores, basándose en esta clasificación Toro y Vilardell (1987) propusieron un modelo para la anorexia nerviosa (ver Figura 1). Por

su parte, Cervera (1996), con base a estos mismos factores elaboro un modelo para la bulimia nerviosa (ver Figura 2)

### Factores predisponentes

Se refieren a aquellos elementos que se encuentran inmersos en el contexto sociocultural, en las características individuales o de la familia, que influyen en el estado de ánimo de la persona, de tal forma que se vuelve más susceptible a la adopción de actitudes y conductas anómalas hacia el peso corporal y la comida (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996) Estos factores se describen a continuación

- **Factores individuales**, hacen referencia a alteraciones cognitivas, trastornos afectivos y emocionales, características genéticas y de personalidad (Morzán, 1994)
- **Factores familiares**, se caracterizan porque algún integrante de la familia padezca un trastorno alimentario o afectivo, abuse del alcohol o de otras sustancias, que la madre sea obesa, y en el caso de la anorexia, que los padres sean de edad avanzada (Vázquez, 1997), asimismo, puede influir el pertenecer a un nivel socioeconómico medio-alto (Raich, 1994).
- **Factores socioculturales**, se refieren a que la “cultura de la delgadez” conduce al establecimiento de normas y valores que permean las actitudes y conductas hacia la silueta corporal, la talla y el peso, particularmente en las mujeres y en los períodos de cambios físicos como lo son la adolescencia y la juventud (Toro, Salamero y Martínez, 1994).

### Factores precipitantes

Estos factores se refieren a aquellas situaciones que de alguna manera pueden desencadenar el desarrollo de algún trastorno alimentario, ya sea a través del medio social en que se encuentra inmersa, por cuestiones individuales o familiares (Toro, 1996). Entre los factores que pueden desencadenar un trastorno alimentario se encuentran las modificaciones biológicas propias de la pubertad, contactos sexuales, eventos vitales (pérdida de un ser querido, matrimonio, divorcio, tener un hijo, aborto), conflictos familiares,



padecer una enfermedad física, nuevas demandas del contexto que producen situaciones de estrés e iniciar una dieta (Rausch y Bay, 1990, Raich, 1994)

### **Factores mantenedores**

Estos factores, como su nombre lo indica, contribuyen a mantener el trastorno una vez que éste ha hecho presencia. Entre ellos se encuentran el tipo de cogniciones, que se caracterizan por un pensamiento egocéntrico, concreto y dicotómico. Así, se torna difícil para la persona regular la ingestión de comida o su actividad física sin caer en extremos (Szmukler, Dare y Treasure, 1995).

Una conducta alimentaria inadecuada son los episodios de sobreingesta, los cuales se mantienen porque la persona cuando los inicia, se distrae de otras preocupaciones y porque la satisfacción que le produce la comida le resulta agradable. Además, porque tras un episodio de sobreingesta, las personas saben que podrán usar métodos purgativos (Rossen y Leitemberg, 1982, Polivy y Herman, 1993)

Por otra parte, el "síndrome de inanición" es un efecto que puede contribuir a mantener el trastorno alimentario. En dicho síndrome se presentan cambios psicológicos y de personalidad, tales como irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas, perturbaciones del sueño y pérdida del interés sexual (Rausch y Bay, 1990)

La familia y los amigos también contribuyen a que el trastorno se mantenga debido a que en ocasiones comentan los logros obtenidos a través del régimen alimentario, reforzando así la conducta restrictiva

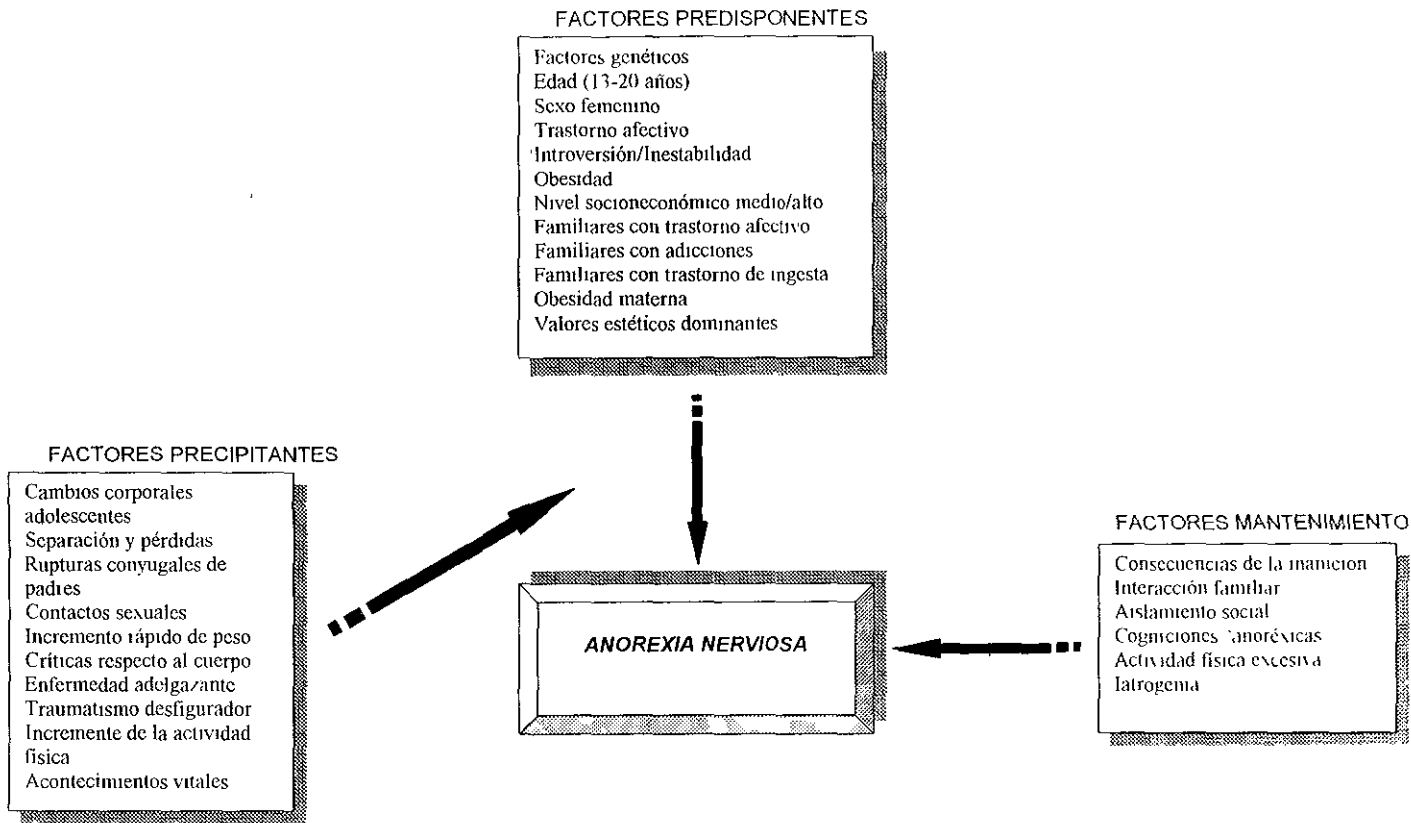


Figura 1. Modelo Conceptual Explicativo de la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell 1987)

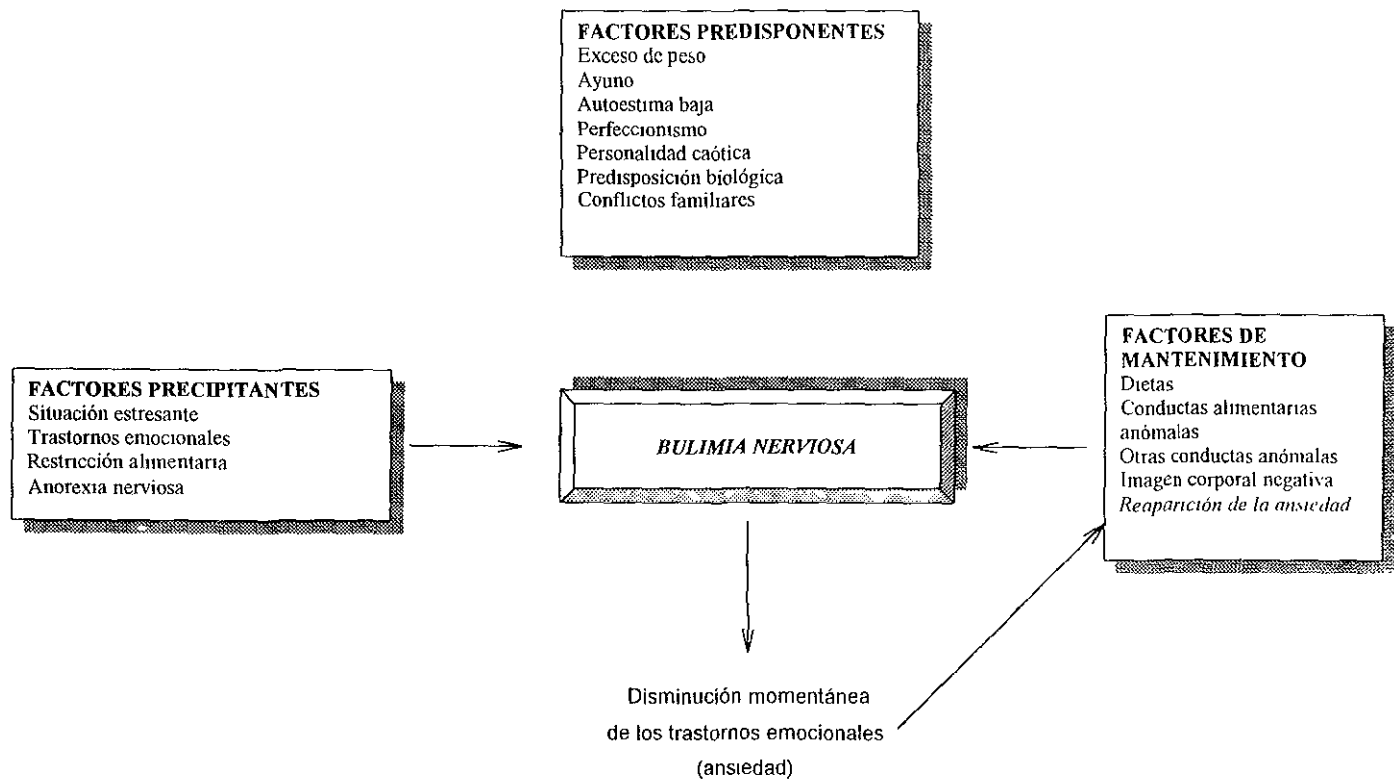


Figura 2. Modelo Conceptual explicativo de la bulimia nerviosa (Cervera, 1996)

## Modelos de Williamson

### *Anorexia nerviosa*

Williamson (1990) señala que la anorexia nerviosa se desarrolla después de emplear métodos extremos de control de peso (ver Figura 3). En este modelo, el núcleo de la psicopatología de la anorexia nerviosa se representa dentro de las líneas punteadas, mientras que la psicopatología secundaria se encuentra fuera del núcleo, manteniendo una interacción constante con el mismo.

Los factores fundamentales asociados con la anorexia nerviosa son insatisfacción con la imagen corporal, miedo a aumentar de peso y preocupación por el cuerpo y la talla, situación que genera ansiedad por la posibilidad de ganar peso o perder el control de la ingesta

Este modelo postula que la realización de una dieta restrictiva es el precursor de la anorexia nerviosa. Los efectos inmediatos de la alimentación restrictiva son disminución de energía, hambre y antojo de alimentos altos en calorías. Pero ocurren eventos que ocasionan que se rompa la dieta o que se presenten las "parrandas alimentarias", situación que refuerza el miedo a aumentar peso y experimentar ansiedad ante los alimentos, por lo tanto en la anorexia restrictiva la persona evitará la sobreingesta y muchos alimentos para reducir la ansiedad; mientras que la persona con anorexia de tipo purgativo presenta episodios de sobreingesta y emplea conductas purgativas para reducir la ansiedad

Entre los problemas secundarios de la anorexia nerviosa se pueden citar los problemas familiares, y dado que los familiares están pendiente de que las pacientes *aumenten de peso*, ellas emplean los alimentos como una arma para contrarrestar este aumento. También, las personas con anorexia suelen presentar un trastorno obsesivo compulsivo claramente definido. Finalmente el abuso de sustancias entre personas con anorexia es muy frecuente, tales como drogas para suprimir el apetito o estimulantes

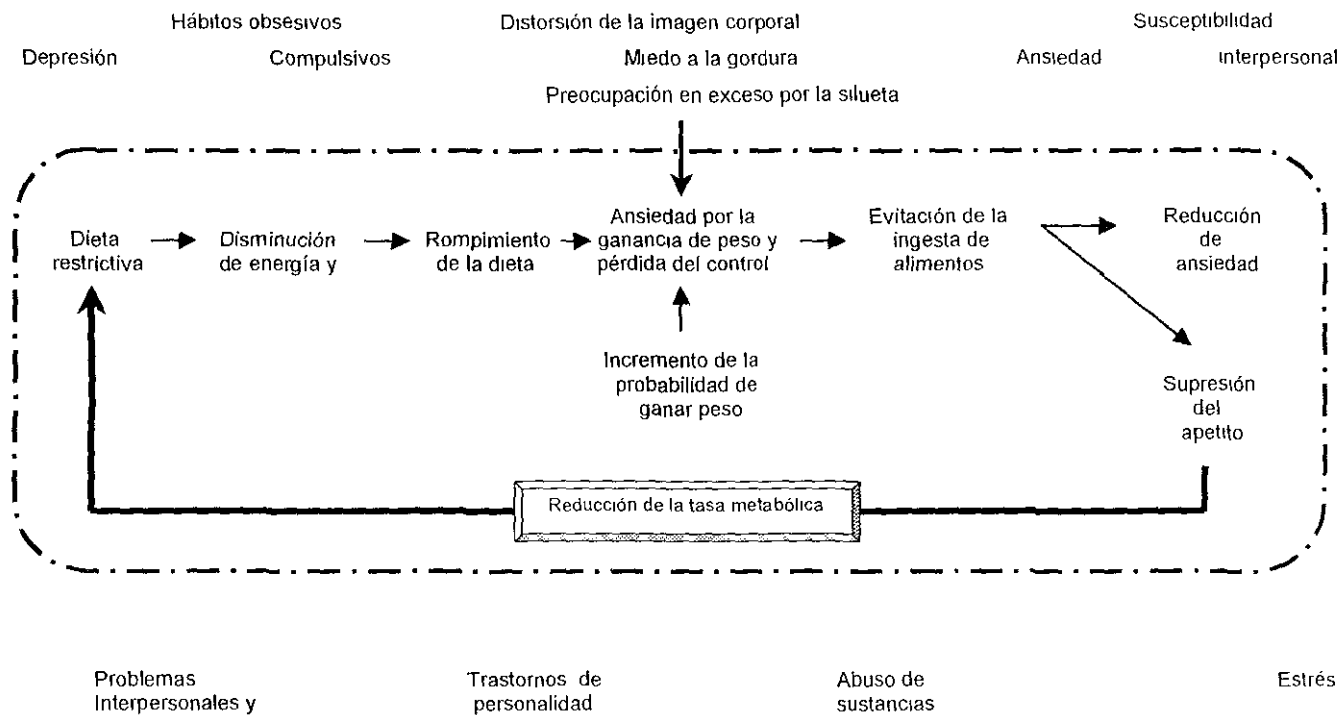


Figura 3. Modelo conceptual de la Anorexia Nerviosa Restrictiva (Williamson, 1990)

### ***Bulimia nerviosa***

El origen de la bulimia nerviosa generalmente puede ubicarse en el empleo de métodos extremos de control de peso, esto es, conductas compensatorias. Los principales factores que conducen a ejecutar estas conductas en la bulimia nerviosa son la insatisfacción con la imagen corporal, el miedo a aumentar de peso y la preocupación por el cuerpo y la figura. Se ha demostrado que en todos los valores de peso, las personas con bulimia sobreestiman su peso en comparación con lo que ellas consideran que es su peso ideal. Como en el caso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa se desarrolla después de un período de dieta.

En su modelo conceptual de la bulimia nerviosa, Williamson (1990) propone que cuando se rompe la dieta restrictiva se presentan "parrandas alimentarias" o consumo de alimentos prohibidos (ver Figura 4). Estos episodios producen un miedo intenso a aumentar de peso o una insatisfacción con la imagen corporal, los que a su vez generan mayor ansiedad y preocupación. Las conductas compensatorias tienen la función de reducir la ansiedad, ya que son vistas como una forma de eliminar las calorías y los nutrientes que fueron consumidos. Sin embargo, el resultado de dicha eliminación de calorías es una mayor sensación de hambre, de esta manera se presenta un continuo en el ciclo parranda-conducta compensatoria.

Una consecuencia de las conductas compensatorias es la reducción de la tasa metabólica, lo cual puede aumentar la probabilidad de ganar peso. Si se presenta una ganancia de peso en forma rápida, el miedo de llegar a ser obeso es reforzado y se evita la alimentación, o bien, los métodos de purga pueden incrementar en frecuencia y severidad.

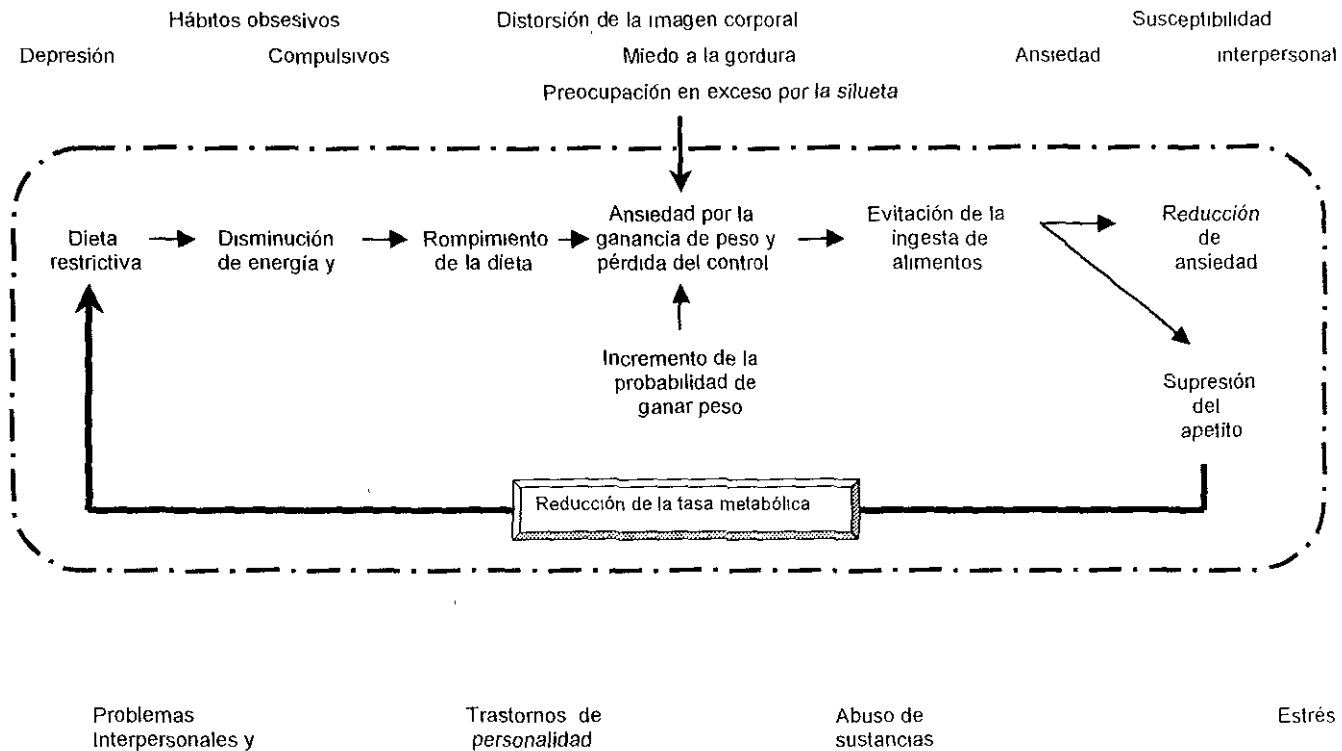


Figura 4 Modelo conceptual de la Bulimia Nerviosa Restrictiva (Williamson, 1990)

## 2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Si se pretende realizar una medición adecuada de las variables consideradas en un estudio, los instrumentos psicométricos empleados deben reunir ciertas cualidades, tales como la confiabilidad y validez

### 2.1 Confiabilidad

Cuando se mide un rasgo o un atributo psicológico, la medida resultante está afectada por una cierta proporción de error aleatorio que puede ser grande o pequeña. El hecho de que mediciones repetidas no dupliquen exactamente los resultados revela falta de fiabilidad en el instrumento. No obstante, algunas mediciones repetidas también suelen mostrar consistencia, esta tendencia de un sujeto a la consistencia en un conjunto de medidas de un atributo se denomina fiabilidad o confiabilidad

Un instrumento será altamente confiable: 1) si cada vez que se use da la misma medida de longitud y 2) si da constantemente resultados similares cuando distintas personas efectúan la medición (Kendall y Norton-Ford, 1988, Hernández, Fernández y Baptista, 1991) En pocas palabras, la confiabilidad es el grado en que una prueba es estable, digna de confianza y consecuente

La confiabilidad de un instrumento se refiere a variaciones en las puntuaciones que se producen en ausencia de razones teóricas y/o empíricas para tal cambio, por lo que las diferencias encontradas pueden atribuirse a errores aleatorios asociados al proceso de medición

El cálculo empírico de la confiabilidad requiere disponer de al menos dos conjuntos de medidas "paralelas" de los mismos sujetos, para poder calcular el coeficiente de correlación entre las dos series de puntuaciones. La operacionalización de estas medidas paralelas puede realizarse de diversas formas, lo que conduce a diferentes procedimientos para el cálculo del coeficiente de confiabilidad. Hay tres métodos para obtener este coeficiente (Magnusson, 1977; García, 1993; Martínez, 1995)

1 - **Método de las formas paralelas** éste comprende el siguiente procedimiento, a) construir formas paralelas del instrumento, b) aplicar las dos formas a una muestra amplia y representativa de la población de sujetos a la que se destina el test y c) calcular



el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson con los dos conjuntos de puntuaciones

Los reactivos que correspondan entre sí en los tests paralelos deben ser tan similares en contenido, dificultad, instrucciones y tipo de respuesta, de tal forma que las medidas obtenidas de ambos den los mismos resultados que el medir dos veces con uno de ellos

La correlación entre las puntuaciones de las formas alternas estima el coeficiente de fiabilidad de ellas. El valor del coeficiente de correlación, no obstante, refleja dos aspectos: la fiabilidad en cuanto a ausencia de errores aleatorios y grado de paralelismo entre las formas.

**2.- Método test-retest.** este procedimiento está basado en dos aplicaciones del mismo test, en dos momentos diferentes, a la misma muestra. La calificación obtenida en la primera aplicación está correlacionada con la que se obtiene en la segunda, de modo que la correlación producto-momento de Pearson entre ambas puntuaciones, define la confiabilidad de la prueba. El método test-retest es más apropiado para instrumentos que miden rasgos poco afectados por la práctica y que son estables a lo largo del intervalo del tiempo transcurrido

**3 - Métodos basados en una única aplicación del test** Una forma de estimar cómo el rendimiento de los sujetos en el test puede generalizarse al dominio de los reactivos es ver hasta qué punto los sujetos tienen un rendimiento consistente en diversas partes del test. Los procedimientos diseñados para estimar la confiabilidad en estas circunstancias se denominan de consistencia interna.

Los procedimientos para calcular la consistencia interna empleados con mayor frecuencia son:

a) **Método de división por mitades.** cuando se utiliza este método se aplica el instrumento completo a una muestra y se dividen los reactivos en dos subconjuntos, conteniendo cada uno la mitad del test original. En este procedimiento con las dos mitades paralelas del test se intenta medir lo mejor posible las mismas puntuaciones verdaderas; para lograr esto, las mitades del test deberán tener el mismo grado de dificultad y la misma desviación estándar. También deben ser similares en contenido, para que la correlación entre las puntuaciones verdaderas medidas por ellas, se aproxime lo más posible a 1.

Para estimar el coeficiente de fiabilidad, se calcula por separado la puntuación en cada una de las partes y se calcula el coeficiente de correlación de Spearman-Brown entre los dos conjuntos de puntuaciones así obtenidas

b) **Métodos basados en las covarianzas de los reactivos** la forma más conveniente de lograr medidas paralelas internamente dentro de un único test, es hacer la división por reactivo, lo cual permite tratar a cada uno como si fuese un instrumento de longitud unidad con una puntuación. Para estimar la confiabilidad pueden emplearse diversos procedimientos, los métodos de Kunder-Richardson, los procedimientos basados en el análisis de varianza de Hoyt y los coeficientes de Guttman, pero el coeficiente Alpha de Cronbach es el más utilizado

## 2.2 Validez

Cuando se pretende medir una característica psicológica de las personas, en primer lugar se define ésta y a continuación se establecen operaciones diseñadas para proporcionar descripciones cuantitativas del grado en que la persona la posee o manifiesta. *Una cuestión fundamental que debe plantearse es el grado en que las propiedades medidas por dicho conjunto de operaciones corresponden a la característica definida y son apropiadas para las inferencias y acciones basadas en las puntuaciones de los tests* Para aceptar las medidas de un rasgo es necesario llevar a cabo un procedimiento de validación del instrumento.

La validez de un instrumento se refiere a la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con él, en el sentido que midan realmente los rasgos que pretende medir (Magnusson, 1977). Asimismo, se refiere al hecho de poder utilizar de una forma totalmente provechosa las inferencias hechas a partir de las puntuaciones obtenidas con el test, bajo un conjunto de condiciones preestablecidas, para una finalidad (Crocker y Algina, 1986, cit. en García, 1993, Martínez, 1995)

El término validez puede tener diferentes sentidos o significados que especifican, determinan y ajustan el concepto general de utilidad. Esta pluralidad de significados es lo que *justifica una clasificación de validez*. La clasificación propuesta en 1974 por la American Psychological Association (APA) es la empleada, y se describe a continuación (cit. en García, 1993):

1) **Validez de contenido**, indica hasta que punto los reactivos del instrumento son una muestra adecuada del campo de interés del mismo. Hasta que punto están recogidos todos los aspectos relevantes de la variable que se quiere someter a medida y de la que se pretenden obtener. (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, Cronbach, 1971 cit. en García, 1993)

De acuerdo con Namakforoosh (1995), la validez de contenido se divide en:

- a) **Validez superficial**, sirve al proceso de construcción y formulación de los instrumentos de medición, ya que se refiere a la evaluación subjetiva del instrumento de evaluación, es decir, este tipo de validez quedaría establecida si cualquiera examinando el instrumento, llegará a la conclusión de que éste mide el rasgo que está pretendiendo medir.
- b) **Validez muestral**, se refiere a que el instrumento contenga una muestra representativa del universo de la materia de interés, por lo que debe ser estudiada bajo dos aspectos: 1) en cuanto a la relevancia de los contenidos del instrumento, y 2) hasta qué punto el instrumento cubre su propio campo o dominio.

2) **Validez de criterio**, tiene en cuenta la utilidad práctica de las medidas proporcionadas por los instrumentos. Implica poner en relación la medida obtenida sobre un sujeto o un grupo de ellos a través de un instrumento (que se utiliza como predictor) con otra variable externa al propio instrumento: el criterio (García, 1993). En la medida que los resultados del instrumento de medición se relacionen más al criterio, la validez de criterio será mayor (Wiersma, 1986, cit. en Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

La evidencia relacionada al criterio suele considerarse desde diferentes perspectivas, en términos de relaciones predictivas, concurrentes y retrospectivas:

- a) **Validez predictiva**, se refiere a en qué medida el instrumento predice adecuadamente en función de la variable en cuestión, lo cual se logra empleando un criterio externo (Silva, 1992).
- b) **Validez concurrente**, se refiere al grado en el que el instrumento en cuestión mide lo mismo que otros tests existentes y considerados como medidas adecuadas (Nunnally y Bernstein, 1995).

- c) **Validez discriminante**, se obtiene 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 (Viladrich, Prat, Doval y Vall-Llovera, 1996)

3) **Validez de constructo**, se 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 (Kerlinger, 1988). Intenta dar respuesta a la pregunta sobre qué cualidades psicológicas o constructos mide el instrumento. Un constructo es una variable abstracta y latente, no existe como una dimensión observable de la conducta, forma parte de las teorías que intentan explicar el comportamiento humano (Nunnally y Bernstein, 1995).

Dentro de la validez de constructo existen los siguientes subtipos

- a) **Validez factorial**, se establece a través del análisis factorial, el cual consiste en determinar agrupaciones de variables relacionadas entre sí. En cada uno de dichos grupos o factores las variables se correlacionan de manera más elevada entre ellas mismas que con variables fuera del grupo (Nunnally y Bernstein, 1995). Un factor es una variable hipotética, cuyas puntuaciones influyen en una o más variables observadas (García, 1993).

La principal función del análisis factorial consiste en representar en un espacio de pequeña dimensión (espacio factorial) las variables cuantitativas extraídas de un conjunto mayor, lo que permite interpretar las relaciones entre ellas. Además, analiza las similitudes entre los elementos de la muestra respecto a su comportamiento en el conjunto de variables. Por último, es posible determinar subconjuntos claramente diferenciados de variables en los que, por un lado, dentro de cada uno las variables se relacionen entre sí y, por el otro, las variables de los subconjuntos no estén relacionadas (Kline, 1993, Ferrán, 1996)

Los métodos más empleados para realizar el análisis factorial son:

1) **Método de componentes principales**, es el método más adecuado para la transformación de variables a una nueva serie de variables compuestas o factores principales no correlacionados (ortogonales); produce una sola solución matemática a

un problema factorial. Su principal característica es que extrae una cantidad máxima de varianza conforme al cálculo de cada factor. El primer factor principal se puede considerar como la mejor relación lineal exhibida por los datos, y al segundo coeficiente se le considera como la mejor relación lineal exhibida en los datos, y así sucesivamente (Namakforoosh, 1995)

II **Rotación varimax**, su objetivo es eliminar factores generales, por lo que captura el significado de la estructura simple dentro de un marco de referencia ortogonal

- b) **Validez convergente**, se refiere al grado en que instrumentos diferentes, que miden aspectos afines, dan resultados similares (Martínez, 1995)
- c) **Validez divergente**, se presenta cuando se obtienen correlaciones bajas con tests que miden diferentes aspectos, aunque se utilice el mismo método (Kendall y Norton-Ford, 1988)

En resumen, la validez no puede expresarse a partir de un coeficiente único, sino que requiere muchas líneas de evidencia, no todas cuantitativas. Todas las medidas que proporcionan datos que puedan considerarse expresiones comportamentales del constructo, incluyendo tanto instrumentos como criterios, pueden emplearse en el proceso de validación.

### 3. ESTUDIOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)

El Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) fue elaborado y validado en Canadá por Garner, Olmsted y Polivy (1983), se diseñó para evaluar ciertas características cognitivas y conductuales, así como el conjunto de síntomas que se supone tiene relevancia para comprender y poder tratar los trastornos de la conducta alimentaria. Además, permite obtener un perfil psicológico de estos trastornos como síndromes heterogéneos.

En el proceso de elaboración del EDI, un conjunto de 146 reactivos fue redactado por clínicos que reunían la doble condición de ser expertos en la literatura científica sobre los trastornos alimentarios y dedicarse a la práctica clínica, los reactivos evaluaban aspectos considerados significativos en estas psicopatologías. Finalmente, evaluando la confiabilidad y validez se agruparon 64 reactivos en 8 factores, tres de los cuales están directamente relacionados con los trastornos alimentarios: bulimia (B), insatisfacción corporal (IC) y motivación para adelgazar (MA), y los cinco factores restantes son más generales: identificación de la interocepción (II), ineffectividad (IN), miedo a madurar (MM) y perfeccionismo (P).

Consta de La confiabilidad del EDI se realizó en una muestra de 113 pacientes con anorexia (grupo clínico) que cumplían con los criterios diagnósticos de Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz (1972, ver Anexo 1), atendidas en el Instituto de Psiquiatría de Toronto y que se encontraban en diferentes niveles de tratamiento, pero ninguna podía considerarse curada al momento de la evaluación; el grupo control estuvo conformado por 577 mujeres estudiantes de la universidad de Toronto.

Uno de los criterios utilizados para seleccionar las escalas del EDI fue su consistencia interna (*Alpha* de Cronbach), que fue superior a 0.80 en la muestra de pacientes con trastorno alimentario y superior a 0.70 en el grupo control (ver Tabla 3)

<i>Factor</i>	<i>Garner, Olmsted y Polivy (1983)</i>	
	<i>C/T</i>	<i>S/T</i>
Motivación para adelgazar	0 86	0 87
Bulimia	0 88	0 83
Insatisfacción corporal	0 90	0 92
Inefectividad	0 93	0 88
Perfeccionismo	0 85	0 76
Desconfianza interpersonal	0 85	0 80
Identificación de la interocepción	0 83	0 81
Miedo a madurar	0 89	0 72

Tabla 3 Coeficientes de consistencia interna *Alpha* de Cronbach en cada factor del EDI.

Para seleccionar los reactivos que conformarían los factores del EDI cada reactivo tenía que cumplir tres requisitos: 1) demostrar su validez para discriminar adecuadamente entre las pacientes con anorexia y el grupo control, 2) correlacionar en mayor medida con su propio factor, y 3) agruparse en un factor con un coeficiente de consistencia interna mayor a 0 80 en la muestra de las pacientes con trastorno alimentario

Se pretendía que los coeficientes de correlación entre los reactivos y sus factores fueran superiores a 0.40 pero se conservaron tres elementos con un coeficiente menor porque se consideraron conceptualmente importantes. La correlación promedio entre los reactivos y su factor fue de 0 63, lo que indicó un alto grado de varianza entre los elementos de cada factor. Los reactivos que obtuvieron una mayor correlación con su factor (45, 55 y 59) pertenecían a Insatisfacción Corporal, con coeficientes con un valor de 0 75 a 0 79

En el proceso de validación inicial del EDI participaron dos grupos de sujetos. El grupo clínico (n= 113), el cual se subdividió en dos grupos. mujeres con anorexia restrictiva y mujeres con anorexia bulímica, con 48 y 65 casos respectivamente, y el grupo control (n= 577) mujeres estudiantes universitarias

Para la validez predictiva se evaluó la capacidad de los reactivos del EDI para discriminar adecuadamente entre muestras de pacientes y no pacientes, los resultados demostraron que todos los reactivos del EDI cumplían esta función. Asimismo, el análisis discriminante, empleando los ocho factores, permitió clasificar adecuadamente el 85% de los sujetos entre los dos tipos de anorexia: bulímica y restrictiva

Para analizar la validez discriminante del EDI se consideró el grupo con anorexia restrictiva (n= 48), el grupo con anorexia bulímica (n= 68) y el grupo control (n= 577) Se compararon las puntuaciones promedio de los tres grupos y se obtuvieron diferencias significativas de los grupos con trastorno, respecto al grupo control Asimismo, se observaron diferencias significativas en el factor Bulimia entre las pacientes con anorexia bulímica y anorexia restrictiva.

Por otro lado, se compararon las puntuaciones promedio en los factores del EDI de un grupo de pacientes recuperadas de anorexia nerviosa (n= 17) con las obtenidas en el grupo de pacientes con anorexia restrictiva (n= 48) y el grupo control (n= 577) Los resultados mostraron que las puntuaciones de las pacientes recuperadas de anorexia fueron similares a las obtenidas por el grupo control y significativamente más bajas que las del grupo con anorexia restrictiva

Asimismo, se aplicó el EDI a mujeres obesas (n=444) y a ex-obesas (n= 52) que pertenecían a grupos de mujeres que realizaban dietas. Las mujeres obesas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que el grupo control (n=577) en MA, IC y B, y puntuaciones significativamente más altas en el factor IC en comparación con las mujeres ex-obesas

Con base en los resultados obtenidos, los autores concluyeron que el EDI evalúa de manera precisa dimensiones que son clínicamente relevantes en casos de trastornos de la conducta alimentaria. Los diferentes análisis realizados confirmaron su confiabilidad y validez

La versión en español del EDI es de Guimerá y Torrubia (1987) realizada con una muestra de 26 pacientes anoréxicas que cumplían con los criterios del DSM-III (APA, 1980, ver Anexo 2), con una edad promedio de 20.6 años y con 4.9 años, en promedio, de evolución del trastorno. El grupo control estuvo conformado por 24 mujeres con una edad promedio de 21 4 años, que eran acompañantes o familiares de los pacientes que recibían visita en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, con excepción del área de psiquiatría.

La consistencia interna del EDI se calculó para cada factor, respecto a cada una de las muestras. Los coeficientes Alpha de Cronbach obtenidos fueron superiores en el grupo de anoréxicas, aunque los obtenidos en el grupo control también fueron aceptables (ver Tabla 4).



Factor	Guimera y Torrubia (1987)	
	C/T	S/T
Motivación para adelgazar	0.92	0.82
Bulimia	0.85	0.60
Insatisfacción corporal	0.76	0.90
Inefectividad	0.92	0.78
Perfeccionismo	0.83	0.71
Desconfianza interpersonal	0.85	0.62
Identificación de la interocepción	0.75	0.52
Miedo a madurar	0.74	0.84

Tabla 4. Coeficientes de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach en cada factor del EDI

La confiabilidad del EDI, también se calculó por el método test-retest, con un intervalo de 7 a 12 meses en un subgrupo de 11 pacientes con anorexia nerviosa. Los resultados del coeficiente  $r$  de Pearson fueron los siguientes: MM= 0.82, P= 0.80, IC= 0.73, DI= 0.70, IN= 0.58, II= 0.55, MA= 0.30 y B= 0.07; siendo estos dos últimos factores los que obtuvieron una correlación más baja

Las intercorrelaciones entre los factores del EDI fueron en general moderadas y positivas, observándose la correlación más alta entre los factores IN e II ( $r= 0.64$ ;  $p \leq 0.01$ ) y la más baja entre MA e II ( $r= 0.08$ ;  $p \leq 0.05$ ). Sólo el factor MM mostró correlaciones negativas con los factores B (-0.25), P (-0.11) y DI (-0.001), aunque éstas no fueron estadísticamente significativas

Para evaluar la validez predictiva del EDI, se comparó el promedio de cada factor entre el grupo con anorexia y el grupo control, las personas con anorexia mostraron puntuaciones significativamente superiores en todos los factores excepto en B y P

MA:  $t= 2.5$ ,  $p \leq 0.01$       II:  $t= 5.7$ ,  $p \leq 0.001$       IC:  $t= 2.5$ ,  $p \leq 0.01$   
 IN:  $t= 4.7$ ,  $p \leq 0.001$       MM:  $t= 2.8$ ,  $p \leq 0.001$       DI:  $t= 2.2$ ,  $p \leq 0.05$

En un segundo análisis el grupo con trastorno se dividió en anorexia restrictiva ( $n= 14$ ) y anorexia bulímica ( $n= 9$ ) —por falta de información tres pacientes no pudieron ser clasificadas en ninguno de los tres grupos—, y nuevamente se realizó una comparación con el grupo control mediante el análisis estadístico ANOVA y la prueba de corrección de Duncan. Los resultados indicaron que las personas con anorexia bulímica mostraron puntuaciones significativamente superiores que quienes padecían anorexia restrictiva en los factores B y DI ( $p \leq 0.05$ ), y superiores al grupo control en todas las

escalas, excepto en MM y P. Las pacientes con anorexia restrictiva obtuvieron puntuaciones significativamente superiores ( $p \leq 0.05$ ) en comparación con el grupo control en los factores II, IN y MM

Para analizar la validez concurrente, se correlacionó el total de cada factor del EDI con el total del EAT, los resultados mostraron una correlación significativa entre el total del EAT y los factores MA, II, IN y MM ( $r = 0.77, 0.50, 0.43$  y  $0.20$ , respectivamente). Los factores B, IC, DI y P, no mostraron correlaciones significativas con el total del EAT

Con base en estos resultados, los autores concluyeron que el EDI es un instrumento psicométrico adecuado para evaluar las características psicológicas relevantes de la anorexia nerviosa y puede ser de utilidad para identificar a las personas con alto riesgo de trastorno de la alimentación

Por otra parte, Rathner y Rumpold (1994) evaluaron la consistencia interna del EDI en población austriaca no clínica. La muestra estuvo conformada por 379 estudiantes (155 mujeres con una edad promedio de  $22.9 \pm 2.1$  y 224 hombres con un promedio de edad de  $22.7 \pm 2.4$ ), con características sociodemográficas similares. En el caso de las mujeres, el *Alpha* de Cronbach para el total del instrumento fue de 0.92 y en los factores fue superior a 0.60, en los hombres fue de 0.88 para el total del EDI y en los factores superior a 0.64; los valores del *Alpha* de Cronbach fueron más altos en las mujeres, en comparación con los hombres, en todos los factores, excepto en el factor IN en el que ambos obtuvieron valores iguales, y en el factor P en el que los hombres tuvieron un coeficiente mayor

Al comparar la puntuación promedio de cada factor entre hombres y mujeres, se observó que estas últimas obtuvieron puntuaciones promedio significativamente superiores en los factores IC (4.7), MA (2.4), IN (1.9), II (1.5) y B (1.0)

Para analizar la validez concurrente, los autores correlacionaron, por medio de la *r* de Pearson, los factores del EDI con los factores del Anorexia Nervosa Inventory for Self-Rating (ANIS, de Fichter y Keeser, 1980, cit. en Rathner y Rumpold, 1994), instrumento que evalúa aspectos de la actitud alimentaria, tales como conciencia acerca de la figura, bulimia y efectos adversos hacia los carbohidratos, así como aspectos centrales de la psicopatología de los trastornos alimentarios, por ejemplo, sentimientos de inadaptación y ansiedad sexual

Los resultados mostraron que en el caso de las mujeres, se encontró una mejor congruencia conceptual y una correlación significativa entre los factores IN y Sentimientos de inadaptación ( $r= 0.63$ ), ya que ambos factores evalúan los mismos aspectos y de esta manera se confirma su validez. Las correlaciones más altas se obtuvieron entre los factores Conciencia acerca de la Figura y MA ( $r= 0.84$ ), Bulimia-EDI y Conocimiento de la Figura ( $r= 0.64$ ), Bulimia-EDI y Bulimia-ANIS ( $r= 0.59$ ), Bulimia-ANIS y MA ( $r= 0.58$ ) En los hombres la correlación más alta fue entre IN y Sentimientos de inadecuación ( $r= 0.63$ ), pero en general las correlaciones fueron más bajas en comparación con las observadas en las mujeres

Para la validez divergente, se empleó el General Health Questionnaire (GHQ, de Goldberg y Hillier, 1979, cit. en Rathner y Rumpold, 1994) Es un instrumento de autoreporte multidimensional que evalúa aspectos tales como ansiedad, depresión y disfunción social. Las correlaciones, empleando el método  $r$  de Pearson, mostraron que en ambos sexos el factor IN se correlacionó significativamente con los factores Depresión ( $r= 0.41$  en el caso de las mujeres y  $r= 0.46$  en el caso de los hombres) y Ansiedad ( $r= 0.32$  mujeres y  $r= 0.41$  hombres) del GHQ. Mientras que el factor Perfeccionismo obtuvo correlaciones positivas significativas con el puntaje total del GHQ ( $r= 0.37$ ) en la muestra de mujeres. Además se obtuvieron correlaciones significativas entre el factor II y las escalas Ansiedad ( $r= 0.32$ ), Disfunción Social ( $r= 0.29$ ) y Depresión ( $r= 0.32$ ) Estos resultados indicaron poca validez divergente del EDI.

Los autores concluyeron que el EDI puede ser útil para la investigación y evaluación de los trastornos alimentarios, especialmente si se considera su validez convergente, teniendo mayor aplicabilidad en las mujeres.

Por su parte, Lee, Lee, Leung y Yu (1997) evaluaron la confiabilidad del EDI en población China. La muestra estuvo conformada por 1172 jóvenes estudiantes de la universidad de Hong Kong, 566 hombres y 606 mujeres, con una edad promedio de  $20.2 \pm 1.13$  y  $20.2 \pm 1.34$ , respectivamente. Para la muestra de las mujeres, el *Alpha* de Cronbach para el total del EDI fue de 0.92 y en el caso de los factores fue de 0.70 a 0.89. En los hombres, el *Alpha* para el total del instrumento fue de 0.89 y para los factores fue de 0.62 a 0.84, observándose que los coeficientes de las mujeres fueron más altos en comparación con los hombres, excepto en el factor P

Realizaron un análisis factorial, empleando el método de factor axial principal con solución oblicua, determinando la extracción de ocho factores, en la muestra de 606 mujeres. Los ocho factores explicaron el 50.1% de la varianza y únicamente tres reactivos no se agruparon en algún factor (1, 47 y 54).

Al correlacionar cada uno de los factores con el total del EDI (rs de Spearman), todos los factores obtuvieron una correlación significativa ( $p < 0.001$ ), con valores que se situaron en un rango de 0.38 para el factor P hasta 0.73 para IC. En otro análisis todos los factores del EDI mostraron estar significativamente intercorrelacionados ( $r_s =$  de 0.09 a 0.61,  $p < 0.02$ , excepto entre el factor P con IC y DI). Las correlaciones más altas fueron entre MA e IC ( $r_s = 0.61$ ), IN e II ( $r_s = 0.55$ ), IN y DI ( $r_s = 0.47$ ), mientras que las correlaciones más bajas fueron entre DI y MA ( $r_s = 0.09$ ) y DI y B ( $r_s = 0.09$ ). Las correlaciones entre cada reactivo y el total del EDI ( $p < 0.0001$ ) estuvieron entre 0.15 para el reactivo 13 y 0.64 para el reactivo 32; finalmente las correlaciones reactivo-factor significativas de 0.27 para el reactivo 53 hasta 0.81 para el reactivo 32.

Con base a estos resultados los autores concluyeron que proporciona evidencia de la utilidad del EDI en población China no clínica. Sus factores evalúan diferentes constructos psicológicos que confirman la naturaleza multidimensional de los trastornos alimentarios.

Por otra parte, Joiner y Heatherton (1998) evaluaron la estructura factorial del EDI en dos momentos, 1982 y 1992. La muestra en 1982 estuvo conformada por 617 mujeres estudiantes con una edad promedio de 20 años, de raza caucásica (80%), asiática (8%), africana (6%), hispana (4%) y otras (2%). En 1992, participaron 545 mujeres estudiantes con características étnicas y edades similares a la muestra de 1982.

El análisis factorial se realizó a través de 2 métodos: análisis de componentes principales y factor axial principal, obteniendo en ambos resultados similares. Para lograr una mejor interpretación de los datos se calculó una solución factorial oblicua y ortogonal con rotación varimax, y dichos resultados fueron similares. Para la extracción de los factores se definieron los siguientes criterios: 1) que los factores obtuvieran un valor propio superior a 1, y 2) que la estructura de los factores tuviera congruencia conceptual.

Los resultados del análisis factorial, realizado tanto en 1982 como en 1992, indicaron que seis factores cumplieron con el criterio de un valor propio superior a 1 (1982: MA= 6.36, P= 3.17, B= 2.74, DI= 1.73, MM= 1.30 y P=1.02, y 1992: MA= 6.54, P=

3.24, B= 2.68, DI= 2.08, MM= 1.27 y P=1.02), de los cuales cuatro (MA, B, DI y MM) se relacionaron estrechamente con los factores del EDI original, mientras que los factores 5 y 6 estaban conformados, cada uno, por tres preguntas del factor perfeccionismo. Al realizar nuevamente el análisis factorial, determinando una solución de cinco factores, cuatro estuvieron conformados por los mismos reactivos que en el primer análisis, y el quinto factor agrupó los seis reactivos de perfeccionismo. De esta manera se obtuvieron cinco factores MA, P, B, DI y MM.

Para evaluar la congruencia de la estructura factorial obtenida en 1982 y 1992 se calculó el Coeficiente de Congruencia, los resultados mostraron que la correlación entre el mismo factor en la primera y la segunda muestra fue alta (MA=0.99, P=0.98, DI=0.98, MM=0.98 y B=0.97), mientras que las correlaciones entre los diferentes factores fueron bajas (menores a 0.24), excepto entre los factores B y MA que obtuvieron una correlación de 0.64 en promedio. Finalmente, las intercorrelaciones entre factores, en los dos momentos fueron menores a 0.24, excepto entre MA y B ( $r=0.64$ ).

Los autores concluyeron que el EDI es un instrumento de evaluación importante en la investigación y el trabajo clínico de los trastornos alimentarios. La alta congruencia conceptual obtenida entre la estructura factorial en los dos momentos, 1982 y 1992, confirman la validez de constructo de los factores MA, B, P, DI y MM.

Cabe señalar que en este estudio no se llevó a cabo un análisis de confiabilidad para el total del instrumento y cada factor, lo cual es necesario para tomar decisiones respecto a la estructura factorial, además no se informa el porcentaje de varianza que explican los factores obtenidos.

Dado que la incidencia de los trastornos alimentarios en México ha ido en aumento en los últimos años, es importante contar con instrumentos que estén validados y sean confiables para la evaluación de estos trastornos debido a que la cultura mexicana posee características particulares. Pero en población mexicana se cuenta con pocos instrumentos validados para evaluar las características asociadas a estas psicopatologías.

**OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) del EDI en población mexicana

**OBJETIVOS PARTICULARES:**

- Evaluar la confiabilidad del EDI
- Analizar y determinar la estructura factorial
- Evaluar la validez de constructo (factorial) y la validez de criterio (discriminante predictiva y concurrente) del EDI.

## MÉTODO

### Sujetos:

**1ª Fase** La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 669 estudiantes del sexo femenino, con un rango de edad de 14 a 33 años ( $\bar{x} = 18.5$ ,  $D E = 2.63$ ) Estuvo conformada por estudiantes de escuelas y privadas que cursaban el nivel bachillerato o el nivel licenciatura (ver Cuadro)

**2ª Fase** La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 203 jóvenes del sexo femenino, con un rango de edad de 10 a 39 años ( $\bar{x} = 16$ ,  $D E = 1.5$ ) A las cuales, por medio de entrevista diagnóstica y basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), se les dividió en dos grupos 1) con trastorno alimentario (113), y 2) sin trastorno alimentario (90) —ver Cuadro 1—.

**Cuadro 1**

<b>1ª Fase</b>	
<b>Institución</b>	<b>Escolaridad</b>
Públicas: 65.8% Privadas: 34.2%	Bachillerato 87.4% Licenciatura: 12.6%
<b>2ª Fase</b>	
<b>Institución</b>	<b>Diagnóstico DSM-IV</b>
Instituto Nacional de Bellas Artes: 57.1% Instituto Mexicano de Psiquiatría: 42.8%	Bulimia: n= 38 Anorexia: n=34 *TCANE n= 41 Sin trastorno n= 90

\* Trastorno de la conducta alimentario no específico

## Instrumentos:

Se aplicaron los siguientes instrumentos

- **Eating Disorder Inventory (EDI)**, elaborado por Garner, Olmstead y Polivy (1983) se utilizó la versión en español realizada por Guimerá y Torrubia (1987), el instrumento fue adaptado para población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala. El inventario consta de 64 reactivos con seis opciones de respuesta (ver Anexo 3), para su análisis se agrupan en 8 factores, los cuales se describen a continuación

**Bulimia**. Evalúa episodios de atracones, es decir, comer en un periodo corto de tiempo una cantidad mayor de comida a la que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares, así como conductas compensatorias empleadas después del atracón. Está conformado por los reactivos 4, 5, 28, 38, 46, 53 y 61

**Insatisfacción corporal**. Inconformidad con el aspecto físico en general o con algunas partes del cuerpo (por ejemplo caderas, muslos, glúteos, etc.) Agrupa los reactivos 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62

**Identificación de la interocepción**: Incapacidad para identificar las sensaciones de hambre y saciedad. Pertenecen a este factor los reactivos 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60 y 64

**Inefectividad**: Sentimiento de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida. Conformado por las preguntas 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50 y 56

**Motivación para adelgazar**. Existe un gran deseo de perder peso y un desmesurado temor a ganarlo; además una excesiva preocupación por la dieta y el peso corporal. Agrupa los reactivos 7, 11, 16, 25, 32 y 49.

**Miedo a madurar**: Deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta. Integra los reactivos 1, 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 y 58

**Perfeccionismo**: Expectativas exageradas sobre los posibles logros personales y énfasis excesivo sobre el éxito. Está constituido por los reactivos 13, 29, 36, 43, 52 y 63

**Desconfianza interpersonal**. Temor generalizado a establecer y a mantener relaciones



interpersonales duraderas, o a expresar emociones a los demás. Conformado por los reactivos 15, 17, 23, 30, 34, 54 y 57.

- Eating Attitudes Test (EAT), elaborado por Garner y Garfinkel (1979). El cuestionario fue traducido y validado en su versión española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá, (1991) y en México por Alvarez (2000). Es un autoinforme desarrollado para evaluar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios. Consta de cuarenta reactivos con seis posibles opciones de respuesta (desde nunca hasta siempre). En el proceso de validación en México se derivaron siete factores: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios, y conductas compensatorias.

- Entrevista de Diagnóstico para los Trastornos Alimentarios (IDED). La IDED es una entrevista estructurada, dividida en cinco categorías: evaluación general, historia, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y alimentación compulsiva. Las preguntas reúnen información acerca de la historia personal, médica y familiar, así como información respecto a problemas relacionados con la alimentación. Asimismo, se hacen preguntas relacionadas con la sintomatología de la anorexia, bulimia nerviosa y la alimentación compulsiva.

Fue elaborada a partir de los criterios diagnósticos del DSM-III R para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y alimentación compulsiva (Williamson, 1990). Validada en su nueva versión (IDED-IV) por Kutiesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998) y se ha comprobado su aplicabilidad de acuerdo a los criterios del DSM-IV. En la presente investigación se utilizó la traducción realizada por Raich (1994), la cual fue adaptada por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacaia.

### **Procedimiento:**

**1ª fase.** Se aplicaron el EAT y el EDI en las diferentes instituciones educativas a las que pertenecían las jóvenes. Dicha aplicación se realizó en forma grupal (de 15 a 20 sujetos

por aplicación)

**2ª fase** En esta fase se llevaron a cabo las entrevistas en las instalaciones del Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala, o bien, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Estuvo presente una entrevistadora y una asistente para tomar notas. Para valorar las entrevistas se contó con la participación de dos investigadoras con experiencia en el área, de modo que cada entrevista fue revisada por dos evaluadoras, cada una estableció un diagnóstico y ambos se confrontaron, analizaron y discutieron

#### **Análisis de resultados:**

Una vez calificados los instrumentos, los datos se capturaron en las correspondientes bases de datos en el programa SPSS

**Confiabilidad:** Se empleó el método de matriz covariante para calcular el coeficiente Alpha de Cronbach y obtener el índice de consistencia interna de todo el instrumento y de cada factor, la confiabilidad también se calculó empleando el método por mitades. Posteriormente se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) reactivo —factor en el que se agrupó, factores y reactivo— puntuación total del EDI y entre factores

#### **Validez.**

- *De constructo*

*Validez factorial* Se realizó un análisis factorial para determinar cómo se agrupaban los reactivos por factores y se analizó si existía una congruencia conceptual entre el conjunto de reactivos y el factor en el que se integraron.

- *De criterio*

*Validez discriminante.* Se llevó a cabo para evaluar en qué medida el EDI es capaz de discriminar a la población con trastorno alimentario. Para ello se exploraron posibles puntos

de corte y a partir de éstos se obtuvo el valor de la sensibilidad y la especificidad del instrumento.

*Validez predictiva* Se realizó tomando en cuenta la entrevista como criterio externo. Se llevo a cabo un análisis estadístico denominado discriminante para estimar la probabilidad de que el EDI y sus factores discriminen y clasifiquen correctamente entre personas con y sin trastorno alimentario .

*Validez concurrente:* Se llevó a cabo un análisis de validez concurrente entre el EDI y el EAT (con totales globales y por factores), empleando para ello el coeficiente de correlación de Pearson

## RESULTADOS

### 1ª FASE

#### Análisis de confiabilidad

La consistencia interna del instrumento se calculó con el procedimiento Alpha de Cronbach, obteniéndose un coeficiente de 0.87 y un *Alpha* estandarizada por ítem de 0.88 para el total del instrumento, lo cual indica una buena consistencia interna. También se calculó mediante el método por mitades, los resultados indicaron que el coeficiente de correlación entre las dos formas fue de 0.73, empleando la fórmula de Guttman y la de Spearman-Brown el valor del coeficiente aumenta a 0.84, en ambos casos.

Al calcular la correlación ( $r$  de Pearson) entre cada uno de los reactivos del EDI y el total del mismo, se observó que todos ellos se correlacionaron significativamente ( $p \leq 0.05$ ) con el total, excepto el número 1 el cual obtuvo una correlación prácticamente nula (-0.02). El valor de la correlación de ocho reactivos fue suficiente para considerarlos con capacidad para predecir ( $r \geq 0.50$ ), los cuales se presentan a continuación.

- ❖ 2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.
- ❖ 16. Me aterroriza ganar peso.
- ❖ 19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.
- ❖ 24. Me gustaría ser otra persona.
- ❖ 25. Exagero a menudo la importancia del peso.
- ❖ 32. Me preocupa del deseo de estar más delgada.
- ❖ 49. Si subo un poco de peso me preocupa el que pueda seguir aumentando.
- ❖ 62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.

Una correlación moderada ( $r \geq 0.30$ ) se obtuvo en 27 reactivos, mientras que 8 preguntas tuvieron una correlación débil ( $r \geq 0.20$ ). Las correlaciones más bajas ( $r \leq 0.20$ ) fueron las de los reactivos 10, 13, 17, 31, 40, 43, 47, 52, 53 y 63.

### **Análisis factorial**

En el caso de este análisis los criterios para aceptar los factores fue que obtuvieran un valor propio superior a la unidad y agruparan más de dos reactivos. Mientras que los criterios para aceptar los reactivos dentro de un factor fueron los siguientes (Yela, 1997):

- El reactivo debía tener una carga factorial igual o mayor a 0.40
- El reactivo tenía que incluirse en un solo factor, en el que presentara una carga factorial más alta
- El reactivo debía obtener un coeficiente de correlación igual o mayor a 0.40 con su propio factor
- Debía existir una congruencia conceptual entre todos los reactivos incluidos en un factor

Al realizar el análisis factorial, empleando el método de componentes principales con rotación varimax, se obtuvieron 19 factores que obtuvieron un valor propio superior a la unidad, de los cuales sólo 10 agruparon 3 o más preguntas, al analizarlos se observó que las preguntas de 6 factores se habían agrupado igual que en el instrumento original (Motivación para Adelgazar, Inefectividad, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Identificación de la Interocepción y Bulimia), los factores 7 y 8 estaban conformados, en forma independiente, por las preguntas directas e indirectas de Miedo a Madurar, lo mismo sucedió con los factores 9 y 10 que contenían las preguntas de Insatisfacción Corporal, por tal motivo se decidió agrupar en un solo factor las preguntas directas e indirectas correspondientes a cada uno.

De esta forma, se conservó la estructura de 8 factores igual que en el instrumento original, los cuales explicaron el 41.7 % de la varianza (ver Tabla 5)

<b>Factor</b>	<b>Valor propio</b>	<b>% de la varianza explicado</b>	<b>% acumulado</b>
1 MA	9.2	14.4	14.4
2 IC	4.7	7.3	21.7
3 DI	3.5	5.6	27.4
4 MM	3.4	5.3	32.6
5 B	1.6	2.6	35.2
5 IM	1.5	2.3	37.5
7 IL	1.4	2.2	39.8
8 IP	1.2	1.9	41.7

Tabla 5 Valores propios y porcentaje de la varianza explicada por cada

En las tablas 6a y 6b se presentan los reactivos que conforman cada factor, como puede observarse, el reactivo 59 obtuvo la mayor carga ponderal (0.79) y se agrupó en el factor IC; mientras que la menor carga ponderal la obtuvo el reactivo 27 (0.40) que pertenece al factor IN. Los factores que agruparon menos reactivos fueron II y P, que contienen 3 preguntas cada uno.

En cuanto al coeficiente de confiabilidad (*Alpha* de Cronbach) de cada uno de los ocho factores derivados de este análisis factorial se observa que en los tres últimos factores el valor de *Alpha* fue bajo, lo cual indica que su consistencia interna no es adecuada. No obstante se decidió conservarlos para su evaluarlos en los análisis posteriores.

Factor/reactivos	No. de reactivo	Carga ponderal	r de Pearson
<b>Factor 1. Motivación para adelgazar</b>			
<b><math>\alpha</math>: 0.83</b>			
Pienso que mi estomago es demasiado grande	2	46	62*
Pienso en seguir una dieta	7	63	66*
Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	11	41	51*
Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	12	45	61*
Me aterroriza ganar peso	16	75	76*
Exagero a menudo la importancia del peso	25	60	67*
Me preocupa el deseo de estar más delgada	32	73	76*
Si subo un poco de peso me preocupa el que pueda seguir aumentando	49	77	75
<b>Factor 2. Desconfianza interpersonal</b>			
<b><math>\alpha</math>: 0.69</b>			
Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	15	69	65*
Confío en los demás	17	45	54*
Me comunico fácilmente con los demás	23	66	70*
Puedo identificar claramente las emociones que siento	26	48	51*
Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás	34	49	59*
Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales	57	68	71*
<b>Factor 3. Insatisfacción corporal</b>			
<b><math>\alpha</math>: 0.79</b>			
Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo	19	53	72*
Me gusta la forma de mis pompas y glúteos	31	65	68*
Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	55	68	66*
Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	62	73	80*
Pienso que mis piernas son demasiado anchas	9	59	55*
Pienso que mis caderas son demasiado anchas	45	60	65*
Pienso que mis pompis o glúteos son demasiado anchas	59	79	56*
<b>Factor 4. Miedo a madurar</b>			
<b><math>\alpha</math>: 0.69</b>			
Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia	3	68	56*
Me gustaría tener menos edad	6	71	53*
El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño	14	52	62*
Pienso que las personas son más felices cuando son niñas	48	49	63*
Prefiero ser adulto que niña	22	56	59*
Me siento feliz de ya no ser niña	39	61	57*
El convertirme en adulto ha sido lo mejor en mi vida	58	74	63*

Tabla 6a. Carga ponderal, coeficiente de correlación reactivo-factor (r de Pearson) y coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Conbach) \* $p \leq 0.01$

Factor/reactivos	Nº. de reactivo	Carga ponderal	r de Pearson
<b>Factor 5. Bulimia</b>			<b><math>\alpha</math>: 0.61</b>
Como cuando estoy disgustada	4	60	62*
Me atraco de comida	5	67	64*
Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo para de hacerlo	26	65	63*
Pienso en comer en exceso	38	51	58*
Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer	64	42	66*
<b>Factor 6. Inefectividad</b>			<b><math>\alpha</math>: 0.45</b>
Me siento inadaptada	27	40	49*
Tengo una pobre opinion de mi misma	41	65	64*
Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control	44	41	65*
Pienso que soy una persona inútil	50	44	48*
Me siento interiormente vacía	56	63	71*
<b>Factor 7. Identificación de la interocepción</b>			<b><math>\alpha</math>: 0.50</b>
Me siento confundida ante las emociones que siento	21	63	66*
Cuando estoy disgustada, no sé si estoy triste, atemorizada o enojada	51	60	82*
Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente	60	70	65*
<b>Factor 8. Perfeccionismo</b>			<b><math>\alpha</math>: 0.47</b>
Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.	43	47	78*
Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o si no, no hacerlas	52	70	55*
Mis metas son excesivamente altas	63	66	56*

Tabla 6b Carga ponderal, coeficiente de correlación reactivo-factor ( $r$  de Pearson) y coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Conbach) \* $p \leq 0.01$

Seis preguntas se agruparon en un factor distinto al que pertenecían en el instrumento original:

Reactivos	Factor original	Factor actual
2, 12	IC	MA
20	IN	MM
26	II	DI
44	II	IN
64	II	B

Al considerar el tercer y cuarto criterio para incluir el reactivo en un factor (correlación igual o mayor a 0.40 con su propio factor y congruencia conceptual) se decide no incluir el reactivo 20 ( $r = 0.37$ ) en el factor MM. Mientras que las preguntas 2, 12, 26, 44 y 64 superaron el valor establecido para el coeficiente ( $r = 0.62, 0.61, 0.51, 0.65$  y  $0.66$ , respectivamente), además presentaron mayor congruencia conceptual con el factor actual.

Es importante señalar que los demás reactivos agrupados en los factores también cumplieron con estos criterios

En total quedaron agrupadas 44 preguntas distribuidas en ocho factores, rechazándose así 20 preguntas del instrumento original, debido a que no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión (ver Tabla 7)

Reactivos que no se agruparon en algún factor	No. de Reactivo
<b>Motivación para adelgazar</b>	
Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc ) sin sentirme nerviosa	1
<b>Miedo a madurar</b>	
Las exigencias del adulto son demasiado grandes	35
<b>Bulimia</b>	
Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola	46
Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	53
Como o bebo a escondidas	61
<b>Identificación de la interocepción</b>	
Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	8
Puedo identificar claramente las emociones que siento	26
No sé lo que está pasando dentro de mí	33
No me doy cuenta de si tengo hambre o no	40
Después de haber comido poco me siento excesivamente llena	47
<b>Inefectividad</b>	
Me siento inútil como persona	10
Me siento sola en el mundo	18
Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	20
Me gustaría ser otra persona	24
Me siento segura de mí misma	37
Pienso que puedo alcanzar mis metas	42
<b>Perfeccionismo</b>	
Mi familia sólo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual	13
Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros	29
Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor	36
<b>Desconfianza interpersonal</b>	
Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercarse o entablar amistad	54

Tabla 7. Reactivos que no se agruparon en algún factor.

La tabla 8 muestra los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos entre los factores del EDI. Como puede observarse, las correlaciones fueron en general débiles y positivas, obteniendo la mayor correlación entre sí los factores MA e IC ( $r = 0.59$ ); cabe señalar que sólo el factor P mostró una correlación negativa con DI, siendo también el que presentó las correlaciones más bajas con los otros factores. Tampoco hubo correlación significativa entre el factor B y MM.



	DI	IC	MM	B	IN	II	P
MA	0.17***	0.59***	0.32***	0.37***	0.32***	0.25***	0.20***
DI		0.27***	0.28***	0.08*	0.27***	0.22***	-0.13
IC			0.34***	0.29***	0.35***	0.20***	0.18***
MM				0.07	0.34***	0.22***	0.16***
B					0.13***	0.18***	0.10**
IN						0.32***	0.08*
II							0.09**

Tabla 8 Coeficientes de correlación de Pearson entre los factores del EDI, \* $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$

## 2ª FASE

### Análisis de Confiabilidad

La confiabilidad se calculó por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, los resultados indicaron un índice de consistencia interna de 0.94, obteniéndose el mismo valor para el alpha estandarizada por reactivo. El coeficiente para la muestra con trastorno alimentario fue de 0.92, mientras que en la muestra sin trastorno fue 0.78.

La confiabilidad también se calculó a partir del método por mitades, obteniéndose una correlación de 0.85 entre las dos formas, sin embargo, al aplicar las fórmulas de Guttman y la de Spearman-Brown, ambos coeficientes aumentaron (0.91 y 0.92, respectivamente). Estos resultados confirman que la consistencia interna del EDI es buena. Cabe señalar que estos valores de los coeficientes de consistencia interna fueron mayores a los obtenidos en la muestra de la primera fase.

En lo que se refiere al índice de consistencia interna (Alpha de Cronbach) para cada factor se obtuvieron los siguientes valores MA= 0.89, B= 0.86, IC= 0.84, MM= 0.79, II= 0.77, DI= 0.69, IN= 0.66 y P= 0.37. En este caso sólo el valor de P fue bajo, es decir, que su grado de consistencia interna no es aceptable; sin embargo se decidió retenerlo para analizar si posee capacidad para discriminar y predecir ausencia o presencia de trastorno alimentario.

Al correlacionar cada reactivo con el total del EDI, se observó que 60 de los 64 reactivos se correlacionaron de manera positiva y significativa con el puntaje total, de los cuales 33 obtuvieron una correlación con suficiente capacidad para predecir ( $r \geq 0.50$ ,  $p \leq 0.0001$ ), mientras que 17 reactivos se correlacionaron moderadamente ( $r \geq 0.30$ ,  $p \leq$

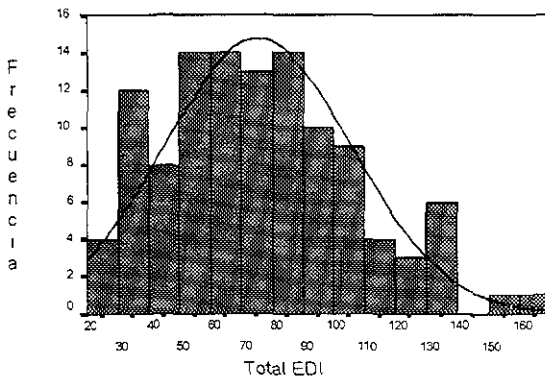
0 0001), 8 preguntas mostraron una correlación débil ( $r \geq 0.20$ ,  $p \leq 0.05$ ), y finalmente, sólo 2 reactivos se correlacionaron pobremente con el total del EDI ( $r \leq 0.20$ ,  $p \leq 0.05$ )

## Validez

### Validez Discriminante

En primer lugar se analizó la distribución de frecuencia para la muestra con trastorno ( $n= 113$ ) en cuanto a la puntuación del total del EDI (ver Gráfica 1). La puntuación promedio fue de  $70.46 \pm 0.87$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación de 50 a 65, no obstante, la cúspide de la curva de normalidad se ubicó en el rango de 65 a 75

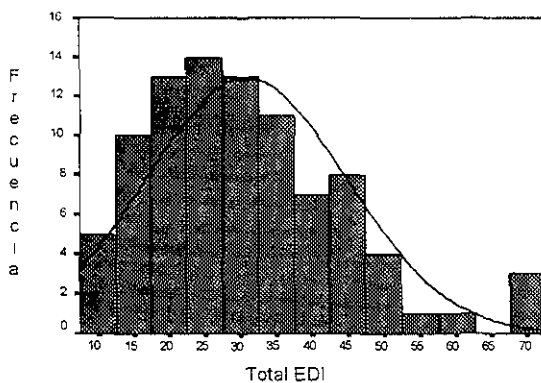
Gráfica 1



Gráfica 1. Distribución de frecuencia de la puntuación total del EDI, para la muestra con trastorno ( $n= 113$ )

La puntuación promedio del grupo control ( $n= 90$ ) fue de  $30.8 \pm 1.46$ . El pico de la frecuencia se situó en el rango de puntuación  $22.5 \pm 0.75$  (ver Gráfica 2), sin embargo, la cúspide de la curva de normalidad se ubica en el rango de 27.5 a 32.5. Al comparar los datos de ambas gráficas se observa que la puntuación del grupo con trastorno alimentario fue mayor en comparación con el grupo control:

Gráfica 2



Gráfica 2. Distribución de frecuencias de la puntuación total del EDI, para la muestra sin trastorno (n= 90).

Al calcular el coeficiente de validez de los ocho factores del EDI para determinar su capacidad de predecir la presencia o ausencia de trastorno alimentario se obtuvieron los siguientes resultados: MA ( $r = 0.59$ ), B ( $r = 0.49$ ), IC e IN ( $r = 0.42$ ), II ( $r = 0.35$ ), DI ( $r = 0.33$ ), MM ( $r = 0.17$ ), todos ellos significativos estadísticamente ( $p \leq 0.0001$ ), no así en el factor P ( $r = 0.01$ ), lo cual indica que siete de los ocho factores son capaces de discriminar a las personas con trastorno alimentario.

Para explorar la capacidad de la puntuación total del EDI y de sus factores, para discriminar a las personas con trastorno alimentario; así como de los tipos específicos de éste, se llevaron a cabo una serie de comparaciones.

Se comparó entre la muestra con trastorno alimentario (n= 113) y el grupo control (n= 90), el promedio obtenido en cuanto al total del EDI y de cada uno de sus factores derivados del estudio original de Garner y cols (1983) Insatisfacción Corporal (IC), Motivación para Adelgazar (MA), Miedo a Madurar (MM), Identificación de la Interocepción (II), Perfeccionismo (P), ineffectividad (IN), Desconfianza Interpersonal (DI) y Bulimia (B)

Como puede observarse en la tabla 9, tanto en los factores como en el total del EDI, las personas con trastorno alimentario obtuvieron una puntuación promedio

significativamente superior ( $p \leq 0.0001$ ) al grupo control estos resultados indican que los factores propuestos por Garner y cols (1983), discriminan a las jóvenes mexicanas con trastorno alimentario

GRUPOS	IC	MA	MM	II	P	IN	DI	B	TOT-EDI
C/T	11.91 $\pm 0.66$	10.30 $\pm 0.55$	9.78 $\pm 0.56$	9.72 $\pm 0.70$	8.76 $\pm 0.35$	8.04 $\pm 0.61$	6.30 $\pm 0.41$	5.76 $\pm 0.58$	70.46 $\pm 2.87$
S/T	5.16 $\pm 0.50$	2.73 $\pm 0.38$	6.61 $\pm 0.54$	2.86 $\pm 0.31$	7.08 $\pm 0.35$	2.37 $\pm 0.26$	3.68 $\pm 0.34$	0.36 $\pm 0.15$	30.83 $\pm 1.46$
Valor de t	8.04**	11.37**	4.07**	8.99**	3.39*	8.55**	4.94**	9.15**	12.29**

Tabla 9. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar para el grupo con trastorno (C/T) y sin trastorno (S/T) del total del EDI y cada uno de los factores propuestos por Garner y cols (1983) \* $p \leq 0.001$ , \*\* $p \leq 0.0001$

En segundo lugar, se realizó dicha comparación pero con base a los ocho factores derivados a partir del análisis factorial llevado a cabo en la presente investigación (ver Tabla 10). También se obtuvieron diferencias significativas entre ambas muestras en los factores del EDI ( $p \leq 0.01$  y  $p \leq 0.0001$ ), excepto en Perfeccionismo (P). Lo cual indica que sólo siete factores identificados en la presente investigación son útiles para discriminar entre las jóvenes con trastorno alimentario y el grupo control

GRUPOS	IC	MA	MM	II	P	IN	DI	P
C/Trast	9.15 $\pm 0.55$	12.95 $\pm 0.69$	7.56 $\pm 0.53$	2.77 $\pm 0.27$	5.07 $\pm 0.22$	4.50 $\pm 0.35$	5.82 $\pm 0.36$	4.32 $\pm 0.43$
S/Trast	4.27 $\pm 0.44$	3.61 $\pm 0.45$	5.48 $\pm 0.50$	0.91 $\pm 0.16$	5.04 $\pm 0.25$	1.62 $\pm 0.20$	3.41 $\pm 0.28$	3.3 $\pm 0.10$
Valor de t	6.88**	11.19**	2.53*	5.79**	0.10	7.00**	5.15**	8.91**

Tabla 10. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar para el grupo con trastorno (C/T) y sin trastorno (S/T) del total del EDI y cada uno de los factores derivados en la presente investigación \* $p \leq 0.01$ , \*\* $p \leq 0.0001$

En tercer lugar se compararon los grupos con anorexia, bulimia, TCANE y grupo control respecto al promedio en cada uno de los ocho factores del EDI, correspondientes a la versión original de Garner y cols. (1983). Como se puede observar en la Tabla 11, en los factores Insatisfacción Corporal (IC), Motivación para Adelgazar (MA), identificación de la interocepción (II), Inefectividad (IN), Bulimia (B) y Desconfianza Interpersonal (DI) se presentaron diferencias significativas en cuanto a la puntuación promedio entre los grupos de bulimia, TCANE, anorexia, con respecto al grupo control, en IC también se presentaron diferencias entre el grupo con bulimia y el grupo con anorexia, además, en los factores IN, II, MA y B se presentaron diferencias entre el grupo con bulimia, TCANE y anorexia

GRUPOS	IC	MA	MM	II	P	IN	DI	B
BULIMIA (1)	14.89 ± 1.08	13.71 ± .75	8.39 ± .89	12.95 ± 1.09	9.37 ± .64	10.47 ± 1.17	6.55 ± .81	10.63 ± 1.04
ANOREXIA (2)	8.74 ± 1.03	7.21 ± .99	11.26 ± 1.05	7.82 ± 1.23	8.15 ± .67	6.97 ± 1.01	6.50 ± .59	3.15 ± .77
TCANES (3)	11.49 ± 1.10	9.71 ± .82	9.83 ± .96	8.29 ± 1.16	8.71 ± .53	6.66 ± .88	5.90 ± .71	3.41 ± .69
S/T (4)	5.16 ± .50	2.73 ± .38	6.61 ± .54	2.86 ± .31	7.08 ± .35	2.37 ± .26	3.68 ± .34	0.36
VALOR F	28.30**	58.28**	7.00**	31.07**	4.45*	26.43**	7.76**	61.97**
PRUEBA DE SCHEFFE	1,3,2 vs 4 1 vs 2	1,3,2 vs 4 1 vs 3,2	2,3 vs 4	1,3,2 vs 4 1 vs 3,2	1 vs 4	1,2,3 vs 4 1 vs 2,3	1,2,3 vs 4	1,3,2 vs 4 1 vs 3,2

Tabla 11. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar y la prueba de Scheffe para el grupo con bulimia, anorexia, TCANE y el grupo control (S/T) de cada uno de los factores propuestos por Garner y cols. (1983). \*  $p \leq 0.01$ , \*\*  $p \leq 0.0001$

En el factor Miedo a Madurar (MM) la puntuación promedio de los grupos con anorexia y TCANE fue significativamente mayor que la del grupo control; mientras que en el factor Perfeccionismo (P) sólo se presentaron diferencias significativas entre el grupo con bulimia y el grupo control. Para resumir, seis factores (IC, MA, II, IN, DI y B) mostraron capacidad para discriminar a las personas en las diferentes condiciones diagnósticas y a las personas sin trastorno alimentario, los dos restantes (MM y P) discriminan de manera más particular entre algunos tipos de trastorno alimentario y el grupo control.

Finalmente, se comparó el promedio de los tres grupos con trastorno alimentario y el grupo control, en cada uno de los factores identificados en la presente investigación (ver Tabla 12).

GRUPOS	IC	MA	MM	II	P	IN	DI	B
BULIMIA (1)	10.73 ± 0.95	17.86 ± 0.95	5.21 ± 0.81	3.81 ± 0.42	5.15 ± 0.42	5.50 ± 0.64	6.21 ± 0.74	7.55 ± 0.78
ANOREXIA (2)	7.38 ± 0.92	8.55 ± 1.14	9.38 ± 0.97	1.91 ± 0.49	5.00 ± 0.37	4.23 ± 0.64	5.91 ± 0.52	2.64 ± 0.62
TCANES (3)	9.14 ± 0.93	12.04 ± 1.04	7.68 ± 0.89	2.53 ± 0.46	5.07 ± 0.37	3.80 ± 0.53	5.39 ± 0.60	2.73 ± 0.56
S/T (4)	4.27 ± 0.44	3.61 ± .45	5.48 ± 0.50	9.11 ± 0.16	5.04 ± 0.25	1.62 ± 0.20	3.41 ± 0.28	0.33 ± 0.10
VALOR F	17.63*	63.60*	6.08*	14.47*	0.02	16.79*	8.53*	48.71*
PRUEBA DE SCHEFFE	1,3,2 vs 4	1,3,2 vs 4 1 vs 3,2	2 vs 4,1	1,3 vs 4 1 vs 2		1,2,3 vs 4	1,2,3 vs 4	1,3,2 vs 4 1 vs 3,2

Tabla 12. Puntuación promedio  $\pm$  el error estándar y la prueba de Scheffe para el grupo con bulimia, anorexia, TCANE y el grupo control (S/T) de cada uno de los factores identificados en la presente investigación. \*  $p \leq 0.001$

Como se puede observar, en los factores IC, IN y DI se encontraron diferencias significativas entre los grupos con trastorno y el grupo control, mientras que el único factor en el que no se presentaron diferencias significativas fue en P

En los factores B y MA se encontraron diferencias significativas entre los grupos con trastorno alimentario y el grupo control, así como entre las personas con bulimia respecto a las de TCANE y anorexia

En cuanto al factor MM se encontró que las personas con anorexia obtuvieron una puntuación más alta respecto al grupo control y las personas con bulimia. Finalmente, en el factor II la puntuación de los grupos de bulimia y TCANE fue superior al grupo control, al mismo tiempo se presentaron diferencias significativas entre el grupo con bulimia y las personas con anorexia. En síntesis, se pudo observar que sólo cinco factores (IC, MA, IN, DI y B) fueron capaces de discriminar a las personas sin trastorno y con algún tipo de trastorno alimentario. En el caso del factor P no se encontraron diferencias significativas.

Para analizar la validez predictiva, con la finalidad de igualar el tamaño del grupo control respecto a los grupos con trastorno alimentario (anorexia  $n= 34$ , bulimia  $n= 38$  y TCANE  $n= 41$ ), el grupo control se redujo a 45 mujeres, seleccionadas aleatoriamente. De esta forma la muestra total quedó conformada por 158 mujeres.

Con base a las distribuciones de frecuencia para el total del EDI y cada factor ( $n= 158$ ), se exploraron cinco posibles puntos de corte para evaluar la capacidad de identificar a la población con trastorno alimentario. Únicamente se reportan los resultados del total del EDI y de los factores (MA, B e IC) en las diferentes condiciones diagnósticas, ya que sólo en éstos fue posible establecer puntos de corte. Cabe señalar que los puntos de corte más adecuados se obtuvieron para la condición de bulimia (ver Tablas 13, 14, 15 y 16).

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Prevalencia	Malas clasificadas	Valor global
<b>CONDICION GLOBAL</b>							
≥ 55	66	94	94	69	56	21	79
≥ 60	59	95	94	65	56	38	75
≥ 66	54	96	95	62	56	27	73
≥ 75	42	100	100	58	56	32	68
≥ 83	34	100	100	54	56	37	63
<b>ANOREXIA</b>							
≥ 55	59	91	83	74	43	23	77
≥ 60	44	93	83	69	43	28	72
≥ 66	32	95	92	65	43	32	68
≥ 75	15	100	100	61	45	39	67
≥ 83	15	100	100	61	43	37	63
<b>BULIMIA</b>							
≥ 55	89	91	89	91	46	10	90
≥ 60*	89	93	92	91	46	8	92
≥ 66	87	95	94	90	46	8	91
≥ 75	42	100	100	58	56	32	68
≥ 83	58	100	100	73	46	19	81
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICOS</b>							
≥ 55	51	91	84	67	48	28	72
≥ 60	44	93	86	65	48	30	70
≥ 66	41	95	89	64	48	30	70
≥ 75	15	100	100	61	45	39	67
≥ 83	27	100	100	60	48	35	65

Tabla 13. Indicadores de cinco diferentes puntos de corte, del total del EDI, para identificar algún trastorno alimentario. \* Punto de corte más adecuado

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Prevalencia	Malas clasificadas	Valor global
<b>CONDICION GLOBAL</b>							
≥ 7	77	82	84	74	56	21	79
≥ 8	72	84	85	70	56	23	77
≥ 10	66	88	87	67	56	24	76
≥ 12	57	90	88	62	56	28	71
≥ 15	47	95	93	59	56	61	68
<b>ANOREXIA</b>							
≥ 7	62	75	66	72	43	30	70
≥ 8	47	78	61	66	43	35	64
≥ 10	35	84	63	63	43	37	63
≥ 12	29	75	62	62	43	38	62
≥ 15	21	91	64	68	43	39	61
<b>BULIMIA</b>							
≥ 7	92	75	76	92	46	17	83
≥ 8	92	78	78	92	46	16	84
≥ 10	92	84	83	93	46	12	88
≥ 12*	87	87	85	89	46	13	87
≥ 15	79	91	88	85	46	14	85
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICOS</b>							
≥ 7	76	75	74	77	48	24	75
≥ 8	73	78	75	76	48	24	75
≥ 10	68	84	21	74	48	23	77
≥ 12	51	87	78	66	48	30	70
≥ 15	39	91	80	62	48	34	66

Tabla 14. Indicadores de cinco diferentes puntos de corte, del factor Motivación para Adelgazar, para identificar algún trastorno alimentario. \*Punto de corte más adecuado

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Prevalencia	Malas clasificadas	Valor global
<b>CONDICIÓN GLOBAL</b>							
≥ 4	43	99	98	58	56	32	68
≥ 5	41	99	98	57	56	33	67
≥ 6	36	99	98	55	56	36	64
≥ 8	29	100	100	53	56	39	84
≥ 10	19	100	100	50	56	45	55
<b>ANOREXIA</b>							
≥ 4	29	98	91	65	43	32	68
≥ 5	29	98	91	65	43	32	69
≥ 6	23	100	89	63	43	34	66
≥ 8	15	100	100	61	43	37	63
≥ 10	6	100	100	59	43	40	59
<b>BULIMIA</b>							
≥ 4	70	98	97	83	46	12	88
≥ 5*	76	98	97	83	46	12	88
≥ 6	66	98	96	77	46	17	83
≥ 8	58	100	100	74	46	19	81
≥ 10	42	100	100	67	46	26	73
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICOS</b>							
≥ 4	24	98	91	59	48	40	63
≥ 5	19	98	89	57	48	39	60
≥ 6	19	98	89	57	48	39	60
≥ 8	15	100	100	56	48	41	59
≥ 10	10	100	100	55	48	43	57

Tabla 15 Indicadores de cinco diferentes puntos de corte, del factor Bulimia, para identificar algún trastorno alimentario. \*Punto de corte más adecuado.

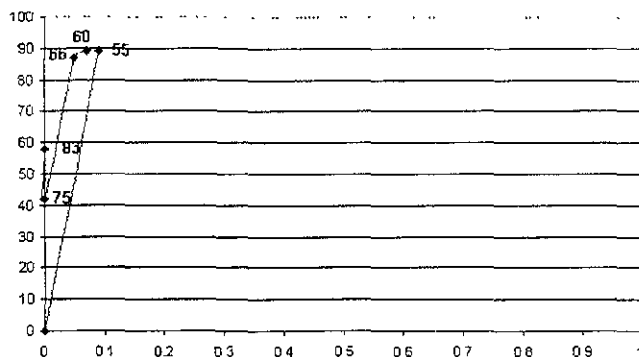
Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Prevalencia	Malas clasificadas	Valor global
<b>CONDICIÓN GLOBAL</b>							
≥ 6	63	69	74	64	56	31	69
≥ 7	61	75	76	60	56	42	67
≥ 8	54	82	79	59	56	33	66
≥ 10	44	88	82	56	56	36	63
≥ 15	18	98	91	49	59	46	54
<b>ANOREXIA</b>							
≥ 6	50	69	55	64	43	39	61
≥ 7	47	75	59	65	43	37	63
≥ 8	41	82	64	65	43	35	65
≥ 10	29	89	67	62	43	37	63
≥ 15	12	100	100	6	43	38	62
<b>BULIMIA</b>							
≥ 6	82	69	69	82	46	25	75
≥ 7*	74	75	72	77	46	25	75
≥ 8	66	82	76	74	46	25	75
≥ 10	60	89	82	73	46	24	76
≥ 15	24	100	100	61	46	35	65
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICOS</b>							
≥ 6	73	69	68	74	48	29	71
≥ 7	61	75	69	68	48	31	69
≥ 8	54	82	73	66	48	31	66
≥ 10	41	89	77	62	48	34	66
≥ 15	19	100	100	58	48	38	62

Tabla 16 Indicadores de cinco diferentes puntos de corte, del factor Insatisfacción Corporal, para identificar algún trastorno alimentario. \*Punto de corte más adecuado.



Con los datos de las tablas anteriores se graficó la sensibilidad y la especificidad por medio de la curva de rendimiento diagnóstico de los factores MA, B, IC y el total del EDI para la condición de bulimia nerviosa. Como puede observarse en la Gráfica 3, del total del EDI el mejor punto de corte es 60, el cual representa el mayor equilibrio entre la sensibilidad (89%) y la especificidad (93%). Sólo el 8% de la muestra fue mal clasificada, teniendo 3 casos de falsos positivos (6.6% del grupo control) y 4 casos de falsos negativos (10.0% del grupo con bulimia). En este caso se puede decir que tanto la sensibilidad como la especificidad del punto de corte 60, para el total del EDI, son adecuadas para identificar casos de bulimia nerviosa, lo cual quiere decir que esta puntuación es sensible para discriminar a las personas diagnosticadas con bulimia y también tiene una buena especificidad para discriminar a las personas que no presentan trastorno alimentario.

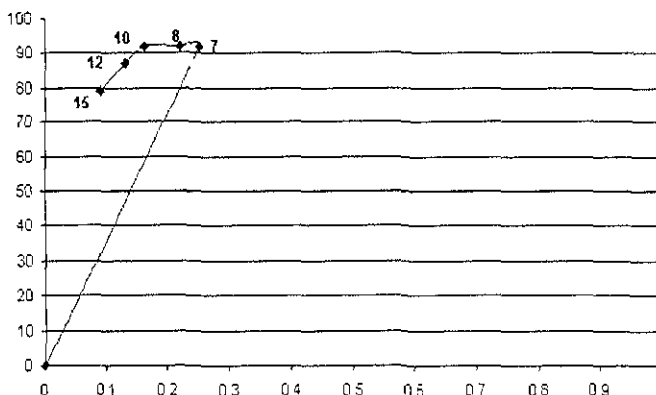
Gráfica 3



Gráfica 3. Curva de rendimiento diagnóstico del total del EDI, correspondiente a la condición de Bulimia. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos-VP) y de especificidad (falsos positivos-FP) respecto a los cinco puntos de corte explorados.

Para el factor MA, el punto de corte más adecuado es 12 (ver Gráfica 4) dado que representa el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad (87% en ambos casos). No obstante, el 13% de la muestra total fue mal clasificada, del cual 6 fueron falsos positivos (13.0% del grupo control) y 5 falsos negativos (13.0% del grupo con bulimia). Estos resultados indican que el punto de corte 12 del factor MA tiene una sensibilidad y especificidad adecuadas, para detectar casos de bulimia nerviosa.

Gráfica 4

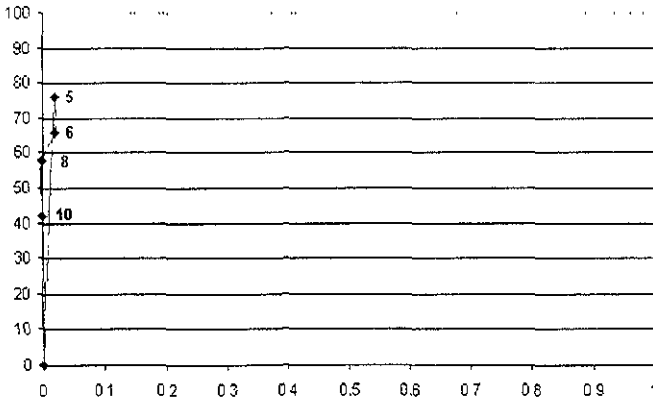


Gráfica 4 Curva de rendimiento diagnóstico del factor MA, correspondiente a la condición de Bulimia Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos-VP) y de especificidad (falsos positivos-FP) respecto a los cinco puntos de corte explorados.

Como puede observarse en la Gráfica 5, el punto de corte más adecuado para el factor bulimia es 5, que presenta un mayor equilibrio entre la sensibilidad y especificidad (76% y 98%, respectivamente). El porcentaje de malas clasificaciones es de 12 para la población total, de las cuales 9 casos son falsos negativos (24% del grupo con bulimia) y 1 caso de falsos positivos (2.2% del grupo control) Lo cual quiere decir que el factor B presenta una buena especificidad pero su sensibilidad es deficiente, es decir, puede discriminar en mayor medida a las personas sanas que a las personas con bulimia

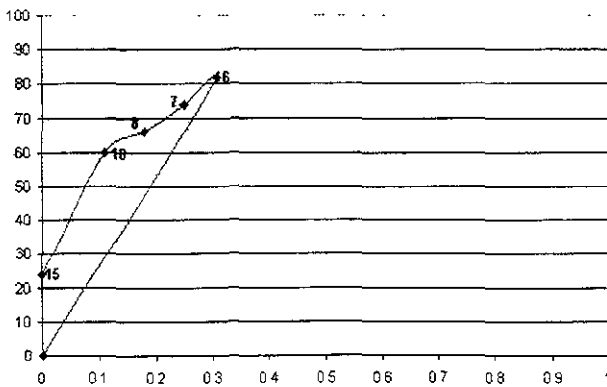
En el caso del factor IC, el punto de corte que presenta mayor equilibrio entre la sensibilidad (74%) y la especificidad (75%) es 7 (ver Gráfica 6), sin embargo se presentó un 25% de malas clasificaciones para la población total, del cual 11 fueron falsos positivos (24% del grupo control) y 10 falsos negativos (26% del grupo con bulimia) Esto indica que tanto la sensibilidad como la especificidad del factor IC para la condición de bulimia no son muy adecuadas.

Gráfica 5



Gráfica 6 Curva de rendimiento diagnóstico del factor B, correspondiente a la condición de Bulimia. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos-VP) y de especificidad (falsos positivos-FP) respecto a los cinco puntos de corte explorados.

Gráfica 6



Gráfica 7 Curva de rendimiento diagnóstico del factor IC, correspondiente a la condición de Bulimia. Muestra el porcentaje de sensibilidad (verdaderos positivos-VP) y de especificidad (falsos positivos-FP) respecto a los cinco puntos de corte explorados.

En resumen, estos análisis indican que la mejor condición de diagnóstico del EDI y tres de sus factores es para la detección de bulimia nerviosa. De esta forma se pueden establecer los siguientes puntos de corte, total del EDI= 55, MA= 12, B= 5 e IC=7, siendo necesario utilizar con cautela el punto de corte de IC.

Por otra parte, se calculó el coeficiente de validez global para predecir anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y/o TCANE. Los resultados mostraron que cuando se consideran todos los trastornos alimentarios se obtiene un coeficiente de  $r = 0.62$ , si se considera únicamente bulimia nerviosa es de  $r = 0.81$ , para la condición de TCANE's se obtiene un coeficiente de  $r = 0.61$  y para la detección de anorexia nerviosa es de  $r = 0.56$ . Además, se llevó a cabo una correlación biserial entre los reactivos del EDI y la presencia o ausencia de trastorno (trastornos alimentarios-global), los resultados mostraron que 55 preguntas presentaron una correlación significativa (ver Tablas 17a y 17b), de las cuales 43 tuvieron una  $p \leq 0.0001$ , 3 ( $p \leq 0.001$ ), 4 ( $p \leq 0.01$ ) y 5 ( $p \leq 0.05$ ).

Asimismo, estas tablas muestran la correlación entre cada uno de los reactivos del EDI y la condición diagnóstica de bulimia nerviosa, encontrándose que 49 preguntas que conforman el EDI obtuvieron un coeficiente de correlación significativo. De éstos, 45 tuvieron una  $p \leq 0.0001$ , 2 ( $p \leq 0.01$ ) y 2 ( $p \leq 0.05$ ).

Con el objetivo de evaluar la dirección predictiva de los 64 reactivos del EDI respecto a las dos condiciones (global y bulimia), se realizó una comparación (t de Student) entre el grupo con trastorno y el grupo control respecto a la puntuación promedio en cada reactivo.

En primer lugar, dicha comparación se realizó entre el grupo control ( $n = 90$ ) y el grupo con trastorno alimentario ( $n = 113$ ), obteniéndose que la puntuación promedio de 55 reactivos del EDI fue significativamente mayor en el grupo con trastorno alimentario, distribuyéndose de la siguiente forma:

- $p \leq 0.0001$  1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 53, 56, 59, 60, 61, 62, 64
- $p \leq 0.001$  6, 40, 55
- $p \leq 0.01$  3, 15, 30, 54
- $p \leq 0.05$  23, 29, 57, 58

REACTIVO DEL EDI	GLOBAL	p ≤	REACTIVO DEL EDI	BULIMIA	p ≤
1	0,28	0001	1	0,44	0001
2	0,39	0001	2	0,65	0001
3	0,17	01	3	0,07	N/S
4	0,40	0001	4	0,62	0001
5	0,34	0001	5	0,66	0001
6	0,23	001	6	0,18	05
7	0,41	0001	7	0,62	0001
8	0,31	0001	8	0,41	0001
9	0,20	01	9	0,22	01
10	0,32	0001	10	0,55	0001
11	0,53	0001	11	0,82	0001
12	0,15	0001	12	0,60	0001
13	0,26	0001	13	0,33	0001
14	0,05	N/S	14	-0,16	N/S
15	0,21	01	15	0,32	0001
16	0,48	0001	16	0,55	0001
17	0,12	N/S	17	0,06	N/S
18	0,32	0001	18	0,48	0001
19	0,43	0001	19	0,58	0001
20	0,27	0001	20	0,48	0001
21	0,31	0001	21	0,45	0001
22	0,02	N/S	22	-0,12	N/S
23	0,15	05	23	0,16	N/S
24	0,36	0001	24	0,53	0001
25	0,49	0001	25	0,63	0001
26	0,28	0001	26	0,30	0001
27	0,32	0001	27	0,44	0001
28	0,45	0001	28	0,73	0001
29	0,15	05	29	0,23	01
30	0,18	05	30	0,15	N/S
31	0,29	0001	31	0,38	0001
32	0,44	0001	32	0,64	0001
33	0,36	0001	33	0,59	0001
34	0,33	0001	34	0,48	0001
35	0,24	0001	35	0,34	0001
36	0,27	0001	36	0,30	0001
37	0,33	0001	37	0,46	0001
38	0,33	0001	38	0,67	0001
39	0,08	N/S	39	-0,04	N/S
40	0,22	001	40	0,35	0001
41	0,35	0001	41	0,54	0001
42	0,30	0001	42	0,42	0001
43	-0,01	N/S	43	-0,11	N/S
44	0,34	0001	44	0,46	0001
45	0,36	0001	45	0,52	0001

Tabla 17a Coeficientes de correlación (r de Pearson) de cada uno de los reactivos que conforman el EDI con respecto al criterio diagnóstico

REACTIVO DEL EDI	GLOBAL	p ≤	REACTIVO DEL EDI	BULIMIA	p ≤
46	0.39	0001	46	0.60	0001
47	0.35	0001	47	0.52	0001
48	0.09	N/S	48	0.07	N/S
49	0.45	0001	49	0.59	0001
50	0.04	N/S	50	0.08	N/S
51	0.24	0001	51	0.40	0001
52	0.01	N/S	52	0.11	N/S
53	0.41	0001	53	0.76	0001
54	0.17	.01	54	0.16	N/S
55	0.23	.001	55	0.18	.05
56	0.36	0001	56	0.59	0001
57	0.15	.05	57	0.10	N/S
58	0.14	.05	58	0.08	N/S
59	0.25	0001	59	0.36	0001
60	0.34	0001	60	0.50	0001
61	0.40	0001	61	0.66	0001
62	0.32	0001	62	0.44	0001
63	0.01	N/S	63	0.03	N/S
64	0.43	0001	64	0.61	0001

Tabla 17b. Coeficientes de correlación (r de Pearson) de cada uno de los reactivos que conforman el EDI con respecto al criterio diagnóstico.

En segundo lugar, se comparó la puntuación promedio de cada reactivo entre el grupo control y el grupo con bulimia, los resultados mostraron que la puntuación de 50 reactivos fue significativamente superior en el grupo con bulimia, distribuyéndose de la siguiente forma:

- $p \leq 0.0001$  1, 2, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 53, 56, 59, 60, 61, 62, 64
- $p \leq 0.001$  26, 30
- $p \leq 0.01$  8, 13, 15, 35, 36, 42, 55
- $p \leq 0.05$  9, 14, 23

### Validez predictiva

Se realizó el análisis discriminante, para evaluar la capacidad del total del EDI y sus 8 factores para clasificar correctamente a la muestra con trastorno alimentario (global) y las distintas condiciones diagnósticas (anorexia, bulimia y TCANE) No obstante, sólo se describen los resultados de los factores que lograron clasificar en mayor medida a los sujetos.

El total del EDI mostro ser capaz de discriminar y clasificar de manera significativa ( $p \leq 0.0001$ ) a las personas con Bulimia, Anorexia+Bulimia y Bulimia+TCANE, respecto a las personas del grupo control (ver Tabla 18) Como se puede observar, en todas las condiciones la Lambda de Wilks fue menor al valor de F de entrada

TOTAL DEL EDI				
Condición Diagnóstica	Lambda de Wilks	Correlación Canónica	F de entrada	Significancia
Global	607	627	130.09	0001
Bulimia	369	795	138.76	0001
Anorexia+Bulimia	608	626	74.27	0001
Bulimia+TCANE	610	624	77.26	0001

Tabla 18. Indicadores obtenidos a partir del análisis discriminante practicado sobre la puntuación total del EDI en cuatro condiciones diagnósticas.

El factor MA (ver Tabla 19) discriminó y clasificó adecuadamente en las condiciones de Bulimia, TCANE, Anorexia+Bulimia, Anorexia+TCANE y Bulimia+TCANE ( $p \leq 0.0001$ ) No obstante, sólo para las condiciones Global, Bulimia y Bulimia+TCANE, la Lambda de Wilks fue menor a la F de entrada.

FACTOR MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR				
Condición Diagnóstica	Lambda de Wilks	Correlación Canónica	F de entrada	Significancia
Global	642	598	112.04	0001
Bulimia	387	783	128.53	0001
TCANE	696	552	36.72	0001
Anorexia+Bulimia	703	545	48.64	0001
Anorexia+TCANE	816	430	26.69	0001
Bulimia+TCANE	613	622	76.38	0001

Tabla 19. Indicadores obtenidos a partir del análisis discriminante practicado sobre el factor Motivación para Adelgazar en seis condiciones diagnósticas.

Finalmente, el factor B únicamente discriminó y clasificó en forma adecuada a las personas con Bulimia y la condición Global (ver tabla 20) Sin embargo, sólo para la condición de Bulimia el valor de Lambda de Wilks fue menor a la F de entrada.

FACTOR BULIMIA				
Condición Diagnóstica	Lambda de Wilks	Correlación Canónica	F de entrada	Significancia
Global	757	.493	64.39	.0001
Bulimia	464	.732	93.58	.0001

Tabla 20. Indicadores obtenidos a partir del análisis discriminante practicado sobre el factor Bulimia en dos condiciones diagnósticas.

A continuación se detallan únicamente los resultados en los que la Lambda de Wilks fue menor a la F de entrada. El total del EDI (ver tabla 21), considerando la condición global, clasificó y discriminó correctamente al 75.2% de las mujeres con trastorno alimentario y al 90% del grupo control, de tal forma que el 81.8% de la muestra total fue correctamente clasificada con base al total del EDI. Mientras que para la condición de bulimia, el puntaje total del EDI discriminó y clasificó acertadamente al 86.8% de las mujeres con bulimia y al 93.3% del grupo control, resultando que el 90.4% de la muestra fue discriminada y correctamente clasificada por el total del EDI.

Para la condición Anorexia+Bulimia, el total del EDI discriminó y clasificó en forma adecuada al 80.6% del grupo clínico y al 84.4% del grupo control. Dando como resultado que el 82.1% de la muestra total fue correctamente discriminada y clasificada. Por último, considerando la condición Bulimia+TCANE se logra discriminar y clasificar en forma acertada al 83.5% del grupo clínico y al 79.5% del grupo control, en total se discrimina y clasifica correctamente al 82.1% de la muestra.

Estos resultados indican que la puntuación total del EDI discriminó y clasificó en mayor medida a las personas con bulimia nerviosa cuando se consideró a este grupo por separado, y también cuando fue analizada la condición de Anorexia + Bulimia y Bulimia + TCANE. Cabe señalar que los resultados de estas dos últimas condiciones pueden deberse a la condición de bulimia.



Grupo real de pertenencia	Número de casos	Grupo predicho	
		Grupo Clínico	Grupo Control
Grupo Clínico (Global)	113	85 75.2%	28 24.8%
Grupo Control	90	9 10%	81 90%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 81.8%</b>			
Grupo Clínico (Bulimia)	38	33 86.8%	5 13.2%
Grupo Control	45	3 6.7%	42 93.3%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 90.4%</b>			
Grupo Clínico (Anorexia+Bulimia)	69	58 80.6%	14 19.4%
Grupo Control	45	7 15.6%	38 84.4%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 82.1%</b>			
Grupo Clínico (Bulimia+TCANE)	79	66 83.5%	13 16.5%
Grupo Control	45	9 20.5%	35 79.5%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 82.1%</b>			

Tabla 21 Análisis discriminante para el total de EDI en las diferentes condiciones diagnósticas

Respecto al factor MA (ver tabla 22), se encontró que 71.7% de las personas con trastorno alimentario (Global) –todos los trastornos alimentarios– y el 84.4% de las mujeres sin trastorno fueron discriminadas y clasificadas en forma correcta, en general, logra discriminar y clasificar adecuadamente al 77.3% de la muestra total. En el caso de la condición diagnóstica de bulimia, el factor MA discriminó y clasificó en forma adecuada al 86.8% de las personas que padecen dicho trastorno y al 86.7% de las mujeres del grupo control, obteniéndose que es capaz de discriminar y clasificar correctamente al 86.7% de la muestra. Finalmente, en la condición Bulimia+TCANE fue clasificado y discriminado en forma correcta el 82.3% del grupo clínico y el 77.3% del grupo control, por lo que el 80.5% de la muestra total fue discriminado y clasificado adecuadamente. En resumen, este factor también discrimina y clasifica mejor a las personas con bulimia y al grupo Bulimia+TCANE.

Grupo real de pertenencia	Número de casos	Grupo predicho	
		Grupo Clínico	Grupo Control
Grupo Clínico (Global)	113	81 71.7%	32 28.3%
Grupo Control	90	14 15.6%	76 84.4%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 77.3%</b>			
Grupo Clínico (Bulimia)	38	33 86.8%	5 13.2%
Grupo Control	45	6 13.3%	39 86.7%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 86.7%</b>			
Grupo Clínico (Bulimia+TCANE)	79	65 82.3%	14 17.7%
Grupo Control	45	10 22.2%	35 77.3%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 80.5%</b>			

Tabla 22. Análisis discriminante para el factor Motivación para Adelgazar en diferentes condiciones diagnósticas.

En cuanto al factor B, los resultados indican que únicamente es capaz de discriminar y clasificar en forma adecuada si se considera la condición de Bulimia (ver tabla 23), 73.3% de las personas con bulimia y 97.8% del grupo control. En total el 88.0% de la muestra fue discriminada y clasificada correctamente por el factor B.

Grupo real de pertenencia	Número de casos	Grupo predicho	
		Grupo Clínico	Grupo Control
Grupo Clínico (Global)	113	65 57.5%	48 42.5%
Grupo Control	90	9 10.0%	81 90.0%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 71.9%</b>			
Grupo Clínico (Bulimia)	38	29 76.3%	9 23.7%
Grupo Control	45	1 2.2%	44 97.8%
<b>Porcentaje de casos correctamente clasificados: 88.0%</b>			

Tabla 23. Análisis discriminante para el factor Bulimia en dos condiciones diagnósticas.

### Validez concurrente

Para llevar a cabo la validez concurrente se correlacionó ( $r$  de Pearson) el total del EDI y sus factores con el total del EAT. Los resultados mostraron una correlación significativa ( $p \leq 0.0001$ ) entre el total del EAT y el total del EDI ( $r = 0.79$ ) y sus factores MA ( $r = 0.77$ ), IN ( $r = 0.59$ ), II ( $r = 0.58$ ), B ( $r = 0.57$ ), IC ( $r = 0.48$ ) y DI ( $r = 0.35$ ). Mientras que en los factores MM y P no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas ( $r = 0.11$  y  $0.09$ , respectivamente). Asimismo, se correlacionaron los factores del EDI y los del EAT: Conductas compensatorias (F1), Trastornos psicobiológicos (F2), Evitación de alimentos engordantes (F3), Motivación para adelgazar (F4), Obsesiones y compulsiones (F5), Patrones y estilos alimentarios (F6), Preocupación alimentaria (F7) y Presión social percibida (F8).

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
IC	.35***	.38***	.19	.49***	.37***	.26***	.39***	.14***
MA	.59***	.62***	.42***	.71***	.52***	.51***	.76***	.17
B	.71***	.56***	.18*	.41***	.38***	.28***	.78***	.08
II	.47***	.55***	.40***	.39***	.46***	.45***	.57***	.32***
DI	.22**	.36***	.25**	.266***	.12	.30***	.31***	.37***
IN	.41***	.46***	.33***	.39***	.32***	.33	.54***	.27***
MM	-.05	-.05	.109	.159*	.118	-.008	.001	.156*
P	.001	.001	.256*	.069	.211	.006	.001	.001

Tabla 24. Coeficientes de correlación  $r$  de Pearson entre los factores del EDI y los del EAT. \* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq .001$ , \*\*\* $p \leq 0.0001$

Como se puede observar en la tabla 24, las correlaciones más altas y estadísticamente significativas ( $p \leq 0.0001$ ) se obtuvieron entre el factor B (EDI) y (F7) Preocupación alimentaria ( $r = 0.78$ ), B y (F1) Conductas compensatorias ( $r = 0.71$ ), y MA (EDI) con (F7) Preocupación alimentaria ( $r = 0.76$ ) y (F4) Obsesiones y compulsiones ( $r = 0.71$ ). Las correlaciones moderadas se obtuvieron entre MA y los factores (F2) Trastornos psicobiológicos, (F1) Conductas compensatorias, (F5) Obsesiones y compulsiones y (F6) Patrones y estilos alimentarios ( $r = 0.62, 0.59, 0.52$  y  $0.51$ , respectivamente,  $p \leq 0.0001$ ); los factores B ( $r = 0.56$ ,  $p \leq 0.0001$ ) e II ( $r = 0.55$ ,  $p \leq 0.0001$ ) con (F2), y entre los factores II y DI con F7 ( $r = 0.57, 0.54$ , respectivamente,  $p \leq 0.0001$ ).

## DISCUSIÓN

En el análisis de consistencia interna del EDI se encontró un valor (*Alpha* de Cronbach) de 0.87, en población comunitaria, lo cual indica que es un instrumento confiable. En cuanto a la consistencia interna por factores se encontró que Motivación para Adelgazar e Insatisfacción Corporal obtuvieron una *Alpha* mayor (0.83 y 0.79 respectivamente) Estos resultados coinciden con los encontrados por Rathner y Rumpold (1994) quienes también señalan que los factores motivación para adelgazar e insatisfacción corporal obtuvieron un *Alpha* mayor en comparación con los otros factores (0.89 y 0.88 respectivamente). Lee y cols. (1997) también señalaron que el *Alpha* para insatisfacción corporal (0.89) y motivación para adelgazar (0.86) fue mayor en comparación con los seis factores restantes.

En general, los valores de la consistencia interna obtenidos por Rathner y Rumpold (1994) y Lee y cols (1997) fueron mayores a los obtenidos en la presente investigación (ver Tabla 25). Estas diferencias pueden deberse a factores y características culturales Cabe señalar que todas las muestras estuvieron conformadas por mujeres estudiantes y en su mayoría de nivel licenciatura

<i>Factor</i>	<i>Rathner y Rumpold (1994)</i>	<i>Lee, Lee, Leung y Yu (1997)</i>	<i>Alvarez y Franco (2001)</i>
Motivación para adelgazar	0.89	0.86	0.83
Bulimia	0.78	0.82	0.61
Insatisfacción corporal	0.88	0.89	0.79
Inefectividad	0.84	0.85	0.45
Perfeccionismo	0.60	0.70	0.47
Desconfianza interpersonal	0.77	0.78	0.69
Identificación de la interocepción	0.71	0.77	0.50
Miedo a madurar	0.70	0.77	0.69
Total del EDI	0.92	0.92	0.87

Tabla 25. Coeficientes de consistencia interna (*Alpha* de Cronbach) para el total del EDI y sus factores, en muestras comunitarias.

En la segunda fase, el índice de consistencia interna calculado para la muestra clínica (*Alpha* de Cronbach= 0.94) es mayor al obtenido en la validación original del EDI realizada por Garner y cols. (1983) quienes encontraron un valor de 0.80.

Los resultados de la presente investigación en cuanto a la confiabilidad calculada para cada factor en la muestra con trastorno (ver tabla 26), muestran índices de

consistencia interna mas bajos en comparacion con los obtenidos en el estudio original (Garner y cols 1983), excepto en el factor MA, en donde se obtuvo un valor de 0.86 para ambas muestras. Destacando la diferencia en el factor Perfeccionismo, dado que su confiabilidad en la muestra mexicana no fue aceptable (0.38). También, en comparación con los resultados de la validación española (Guimerá y Torrubia, 1987), la consistencia interna de los factores IC, II y MM fue mayor en la muestra de la presente investigación

<i>Factor</i>	<i>Garner, Olmsted y Polivy (1983)</i>	<i>Guimerá y Torrubia (1987)</i>	<i>Alvarez y Franco (2001)</i>
	<i>C/T</i>	<i>C/T</i>	<i>C/T</i>
Motivación para adelgazar	0.86	0.92	0.86
Bulimia	0.88	0.85	0.84
Insatisfacción corporal	0.90	0.76	0.81
Inefectividad	0.93	0.92	0.66
Perfeccionismo	0.85	0.83	0.38
Desconfianza interpersonal	0.85	0.85	0.68
Identificación de la interocepción	0.83	0.75	0.79
Miedo a madurar	0.89	0.74	0.80

Tabla 25. Coeficientes de consistencia interna (*Alpha de Cronbach*) para el total del EDI y sus factores, en muestras clínicas

No obstante, es importante señalar que en el caso de la validación original del EDI (Garner y cols., 1983) el grupo con trastorno únicamente estuvo conformado por personas diagnosticadas con anorexia nerviosa, con base en los criterios de Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz (1972), por su parte, Guimerá y Torrubia (1987) emplearon los criterios diagnósticos del DSM-III (APA, 1980), mientras que en la presente investigación se consideraron personas con anorexia, bulimia y TCANE diagnosticadas con una entrevista basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994). En el periodo comprendido entre 1972 y 1994 los criterios diagnósticos han sido modificados como resultado de la comprensión que se ha desarrollado en torno a estas psicopatologías, dando como consecuencia criterios más específicos en los que se diferencia entre la anorexia, la bulimia y los TCANE's.

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación de la confiabilidad, 1ª y 2ª fase, se observó que los coeficientes de consistencia interna (*Alpha de Cronbach*) para los factores II, P e IN, no fueron adecuados en la muestra comunitaria; sin embargo, la muestra clínica obtienen coeficientes mayores, excepto P. Por lo que se sugiere que en posteriores investigaciones se continúe evaluando su confiabilidad.

Los resultados obtenidos a partir del análisis factorial corroboraron la estructura de ocho factores del EDI obtenida en el estudio original (Garner y cols., 1983). En el caso de la presente investigación los factores explican el 41.58% de la varianza total; sin embargo, 20 reactivos del instrumento original en la presente investigación no se agruparon en algún factor dado que no cumplieron con los criterios establecidos (1, 8, 10, 13, 18, 20, 24, 26, 29, 33, 35, 36, 37, 40, 42, 46, 47, 53, 54 y 61). Estos resultados coinciden con los encontrados por Lee y cols. (1997) en población china, en donde se obtuvo una solución de 8 factores, los cuales explicaron el 45.9%, y 3 reactivos no se agruparon en algún factor (1, 47 y 54), los cuales se encuentran entre los reactivos que no se incluyeron en los factores derivados del presente análisis factorial. Estos datos permiten sugerir realizar investigaciones donde se emplee una versión reducida del EDI (44 reactivos) en población mexicana.

Por otra parte, los reactivos 2, 12, 26, 44 y 64 quedaron agrupados en factores distintos a los que pertenecían originalmente. En el caso de la pregunta 64 que estaba en el factor II, en la presente investigación se agrupó en el factor B, se decidió dejarla en este factor debido a que cumplió con todos los criterios establecidos. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Sohlberg (1998), ya que este reactivo también se agrupó en el factor Bulimia, considerando la correlación reactivo factor ( $r = 0.73$ ).

En lo que se refiere a la correlación entre los factores del EDI, se encontró que existe una correlación baja entre ellos, excepto entre MA e IC ( $r = 0.59$ ), mientras que el factor P mostró una correlación negativa con DI, que en este caso no fue estadísticamente significativa. Esto indica que aún cuando todos los factores evalúan características asociadas a los trastornos alimentarios, cada uno proporciona información suficientemente diferenciada. No obstante, es necesario realizar un análisis más detallado de la relación entre los factores MA e IC, dado que en población china Lee y cols. (1997) también encontraron que estos factores obtuvieron la correlación más alta ( $r = 0.61$ ). En investigaciones, donde se ha realizado este análisis, en general se han encontrado correlaciones bajas ( $r \geq 0.27$ ) entre los factores del EDI, excepto entre MA y B en donde el valor del coeficiente fue  $r = 0.64$  (Joiner y Heatherton, 1998), asimismo, Guimerá y Torrubia (1987) encontraron correlaciones moderadas ( $r \geq 0.44$ ), siendo la mayor entre IN e II ( $r = 0.64$ ). Es importante aclarar que en este último estudio el tamaño de la muestra fue pequeño ( $n = 24$ ), lo cual puede limitar la interpretación de los resultados.

Por otro lado, en cuanto a la validación del EDI, los coeficiente de validez ( $r$  de Pearson) calculados con los ocho factores derivados de la presente investigación, mostraron que sólo siete (MA, B, IC, IN, II, DI y MM) permiten predecir la presencia o ausencia de trastorno alimentario ( $p \leq 0.0001$ ), siendo el factor P el que obtuvo un coeficiente que no fue estadísticamente significativo

Asimismo, al comparar los promedios en la puntuación total de los ocho factores entre el grupo con trastorno y el grupo control, en los siete factores antes mencionados se encontraron diferencias significativas ( $p \leq 0.01$  y  $p \leq 0.0001$ ) entre ambos grupos, excepto en el factor P. Lo cual indica que estos factores (MA, IC, MM, II, IN, DI y B) son capaces de discriminar entre las dos muestras estudiadas

Respecto a los tipos de trastorno alimentario, también se comprobó estacapacidad para discriminar de cinco factores (IC, MA, IN, DI y B). De esta forma, se puede decir que sólo cinco de los ocho factores del EDI mostraron ser validos ( $p \leq 0.0001$ ) para discriminar a personas con y sin trastorno alimentario. Los factores II y MM, también permiten discriminar, pero lo hacen sólo en algunas diagnosticas y en el grupo control; en el caso del factor P, no mostró capacidad para discriminar

Al realizar estos análisis con los factores propuestos por Garner y cols (1983) se encontró que al comparar el grupo con trastorno y el grupo control, los ocho factores fueron capaces de discriminar ( $p \leq 0.001$  y  $p \leq 0.0001$ ) a las personas con y sin trastorno alimentario. Considerando los tipos específicos de trastorno alimentario, sólo seis factores (IC, MA, II, IN, DI y B) mostraron una adecuada capacidad para discriminar ( $p \leq 0.0001$ ). En este caso, los factores P y MM sólo permitieron discriminar entre algunas condiciones diagnósticas y el grupo control.

Guimerá y Torrubia (1987), al comparar los factores del EDI en un grupo clínico, conformado por mujeres con anorexia nerviosa ( $n= 26$ ), y un grupo control ( $n= 24$ ), también encontraron que todos los factores fueron capaces de discriminar al grupo con trastorno alimentario, excepto Bulimia y Perfeccionismo, no obstante. al subdividir el grupo clínico en anorexia bulímica y anorexia restrictiva, los resultados indicaron que el factor B permite discriminar entre las pacientes con anorexia bulímica y las pacientes con anorexia restrictiva. Como puede observarse, nuevamente el factor Perfeccionismo no permitió discriminar a las personas con y sin trastorno alimentario

Por su parte, Lee, Lee y Leung (1998) compararon entre sí a un grupo de pacientes con bulimia nerviosa y un grupo de estudiantes universitarias (grupo control)

Los resultados mostraron que todos los factores del EDI, excepto P y MM fueron capaces de predecir la presencia de trastorno alimentario. Estos resultados también coinciden con los obtenidos en la presente investigación en cuanto a que el factor P no mostró capacidad para predecir la presencia de bulimia nerviosa.

Por otro lado, sólo fue posible establecer puntos de corte para el total del EDI ( $\geq 60$ ) y los factores MA ( $\geq 12$ ), B ( $\geq 5$ ) e IC ( $\geq 7$ ), pero únicamente para la condición diagnóstica de bulimia nerviosa. En el caso del total del EDI, su valor global fue de 92% de eficacia, (Sensibilidad= 89, Especificidad= 93%, Falsos positivos= 7% y Falsos negativos= 10%); en lo que respecta al factor B se obtuvo un valor global de 88% de eficacia (Sensibilidad= 76, Especificidad= 93%, Falsos positivos= 2% y Falsos negativos= 24%); el factor MA mostró un valor global de 87% de eficacia (Sensibilidad= 87, Especificidad= 87%, Falsos positivos= 13% y Falsos negativos= 13%); y por último, el factor IC obtuvo un valor global de 75% de eficacia (Sensibilidad= 74, Especificidad= 75%, Falsos positivos= 24% y Falsos negativos= 26%); siendo este último factor el que mostró menor eficacia, y por lo tanto, menor capacidad para identificar correctamente a las personas con bulimia nerviosa.

Estos resultados indican que los factores más eficaces para identificar a las personas con trastorno alimentario son los que evalúan conductas y cogniciones relacionadas con dichos trastornos (MA, B e IC) y probablemente los 5 factores restantes (IN, MM, DI, II y P) no muestren tal capacidad, debido a que evalúan características psicológicas relevantes asociadas a estas psicopatologías, aunque no exclusivas de ellas. En un estudio previo, en población mexicana, cuyo objetivo fue analizar qué factores del EDI podían considerarse factores de riesgo en la sintomatología de trastorno alimentario, únicamente los factores MA, IC y B se identificaron como factores de riesgo (Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López, 2000).

Al realizar el análisis discriminante, únicamente el total del EDI y los factores MA y B clasificaron y discriminaron correctamente a las personas con bulimia nerviosa, y considerando todos los trastornos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TACNE) sólo el total del EDI y el factor MA logran clasificar adecuadamente a la muestra. En este análisis el factor IC no obtuvo resultados significativos, lo cual puede deberse a que la insatisfacción corporal también está presente, en mayor o menor medida, en personas sin trastorno alimentario; por lo que se sugiere hacer una revisión de los reactivos que conforman este factor y en caso de ser necesario reformularlos, para evaluar si las personas sobrestiman sus dimensiones corporales.



En el caso del total del EDI, se observó que considerando todos los trastornos alimentarios, clasifica y discrimina correctamente el 81.8% de la muestra total, y en la condición de Bulimia nerviosa el porcentaje aumenta a 86.9%. En el factor MA se encontró la misma tendencia, cuando se consideran todos los trastornos, logra clasificar y discriminar adecuadamente al 77.3% de la muestra total, pero en la condición de Bulimia su eficacia aumenta, dado que clasifica y discrimina correctamente al 86.7% de la muestra. Respecto al factor B, los resultados mostraron que clasificó y discriminó adecuadamente al 88.0% de la muestra.

En investigaciones en donde se ha realizado el análisis discriminante, Lee, Lee y Leung (1998) en una muestra de pacientes con anorexia restrictiva ( $n=23$ ) y bulimia ( $n=17$ ) que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y un grupo control ( $n=606$ ), también encontraron que los factores MA y B, además IC, clasifican correctamente al 76.5%, 33.3% y 45.5% de la población. Sin embargo, los porcentajes señalados por estos autores, en el caso de los factores B y IC son muy bajos, esto significa que la mayor parte de la población fue clasificada en un grupo al que no pertenecía. Además, había un desequilibrio en el tamaño de sus muestras, lo cual implica una inconsistencia metodológica, debido a que la probabilidad del grupo control ( $n=606$ ) respecto a los otros grupos fue mayor.

En cuanto a la validez concurrente, los resultados mostraron que la correlación entre el total del EDI y el total del EAT fue estadísticamente significativa ( $r=0.79$ ,  $p \leq 0.0001$ ); los factores MA ( $r=0.77$ ), IN ( $r=0.59$ ), II ( $r=0.58$ ), y B ( $r=0.57$ ) fueron los que correlacionaron más alto con el total del EAT ( $p \leq 0.0001$ ), estos resultados fueron similares a los obtenidos por Guimerá y Torrubia (1987), quienes encontraron que los factores MA, II e IN se correlacionaron significativamente con el total del EAT ( $r=0.77$ ,  $0.50$  y  $0.43$ , respectivamente). Asimismo, Cooper, Cooper y Fairburn (1985) encontraron que el EAT correlaciona más alto con los factores MA ( $r=0.65$ ), B ( $0.61$ ) e IC ( $0.51$ ).

Al correlacionar los factores del EDI con los factores del EAT derivados de la validación en México (Álvarez, 2000) los resultados mostraron que las correlaciones más altas se presentaron entre el factor B (EDI) y los factores (EAT) Preocupación alimentaria y Conductas compensatorias ( $r=0.78$  y  $0.71$ , respectivamente) y entre el factor MA (EDI) y los factores (EAT) Preocupación alimentaria ( $r=0.76$ ) y Obsesiones y compulsiones ( $r=0.71$ ). Sólo los factores MM y P del EDI, en general, no se correlacionaron

significativamente con los factores del EAT, obtuvieron los coeficientes mas bajos, y en algunos casos negativos

Estos resultados indican que tanto el EDI como el EAT estan evaluando aspectos relacionados con los trastornos alimentarios, y en algunos casos se observa una mayor congruencia conceptual entre factores; por lo que se confirma la validez concurrente del EDI

Por otra parte, los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron que la confiabilidad del factor P no fue adecuada, ya que el *Alpha* de Cronbach —tanto en la muestra comunitaria como en la muestra clínica— fue bajo (0.47 y 0.37 respectivamente), asimismo, este factor no permitió predecir, clasificar o discriminar a las personas que padecen algún trastorno alimentario y no se presentaron diferencias significativas en la puntuación entre el grupo con trastorno alimentario y el grupo control; finalmente, en la validez concurrente el Perfeccionismo no se correlacionó significativamente con los factores del EAT

Estudios realizados en población mexicana también han encontrado que no existen diferencias significativas entre grupos con trastorno y un grupo control respecto al factor P (Martínez, Medina y Quiroz, 1997). No obstante, Raich, Mora, Sánchez-Carracedo, Torras, Viladrich, Zapater, Mancilla, Vázquez y Alvarez-Rayón (2000) encontraron que las jóvenes mexicanas presentaron puntuaciones mayores en la escala de Perfeccionismo del EDI en comparación con mujeres españolas, argumentando que esto puede deberse a que en México el perfeccionismo esté más relacionado con logros en diferentes ámbitos que con los trastornos alimentarios

En la literatura internacional se encuentran resultados de investigaciones que muestran incónsistencia en el factor perfeccionismo, por una parte, algunos investigadores han comparado grupos de personas con trastorno alimentario y un grupo control, respecto a las puntuaciones del factor Perfeccionismo del EDI. Los resultados han mostrado que las personas con estas psicopatologías son más perfeccionistas en comparación con personas de un grupo control (Calderón y cols., 1998), y por otra parte Lee y cols. (1998) no encontraron diferencias significativas en este factor realizando la misma comparación, datos que coinciden con los derivados de la presente investigación.

*Investigaciones recientes han propuesto distinguir entre una forma normal o sana y una forma patológica de perfeccionismo. El primero (perfeccionismo positivo), se define como la motivación para alcanzar con éxito metas que permitan obtener*

consecuencias positivas, por ejemplo, necesidad de éxito y búsqueda de la delgadez. El segundo (perfeccionismo negativo), se define como la motivación para lograr metas que permitan evitar consecuencias negativas, por ejemplo, evitación del fracaso y de la imperfección y evitación de la obesidad (Buendía, 1996). Con relación a esta división del perfeccionismo, Ashby y Kottman (1998) correlacionaron los resultados obtenidos en dos escalas que evaluaban perfeccionismo positivo y negativo con los factores del EDI, y encontraron una alta correlación positiva entre el perfeccionismo negativo y el factor perfeccionismo del EDI en el grupo con trastorno alimentario.

Ante esta situación es necesario y recomendable que en futuras investigaciones se realice una evaluación más completa y minuciosa que permita aclarar muchas de las interrogantes acerca del papel que juega el perfeccionismo en la mujeres mexicanas con y sin trastorno alimentario. Tal vez sea necesario analizar el perfeccionismo positivo y negativo comparando estos grupos.

## CONCLUSIONES

- ☞ El EDI es un instrumento que posee las propiedades psicométricas adecuadas para evaluar las conductas y cogniciones de las personas con trastorno alimentario, en especial muestra mayor capacidad para predecir y discriminar a las personas con bulimia nerviosa, en población mexicana
- ☞ Se conserva la estructura de 8 factores, igual que en la validación realizada por Garner y cols. (1983), sólo que algunas preguntas se agruparon en otro factor al que pertenecían originalmente y otros reactivos no se agruparon en alguno de ellos, quedando así 44 preguntas distribuidas en los ocho factores
- ☞ El índice de consistencia interna obtenido para el total del EDI en la muestra comunitaria y en la muestra clínica (0.87 y 0.92, respectivamente) indica que es un instrumento confiable
- ☞ El índice de confiabilidad de cada factor, en la muestra comunitaria, fue adecuado, sin embargo, en los factores P e IN el Alpha de Cronbach fue bajo (0.47 y 0.45 respectivamente). En la muestra clínica, se obtuvieron valores superiores de 0.66 a 0.89; excepto en el factor P, que obtuvo un índice más bajo (0.37) en comparación con la muestra comunitaria.
- ☞ Aunque el EDI no fue diseñado como un instrumento de tamizaje, la puntuación total (considerando 44 reactivos) y la de sus factores MA, B e IC demostraron ser capaces de predecir la presencia o ausencia de trastorno alimentario, y sólo la puntuación total y la de los factores MA y B logró clasificar y discriminar adecuadamente a la muestra estudiada
- ☞ Aún cuando el EDI demostró ser útil como instrumento de "screening" no es conveniente emplearlo como único instrumento para realizar un diagnóstico definitivo
- ☞ Es conveniente señalar que en futuras investigaciones se consideren los tipos de TCANE's, debido a que se han encontrado diferencias

significativas entre estos (Alvarez, 2000), asimismo sería pertinente tomar en cuenta los subtipos de *anorexia y bulimia nerviosas*

- ↳ Los datos derivados de la presente investigación pueden considerarse una aproximación inicial en mujeres, para que en futuras investigaciones se puedan establecer tablas de normas para la identificación de trastornos *alimentarios*; *no obstante es necesario incluir otras muestras, por ejemplo, hombres y obesos.*

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## REFERENCIAS

- Alvarez, G (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios. EAT y BULIT. Tesis de Maestría Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Alvarez, D., Franco, K , Mancilla, J., Alvarez, G & López, X. (2000). Factores predictores de sintomatología de los trastornos alimentarios en población estudiantil mexicana *Psicología Contemporánea*
- Alvarez, G , Mancilla, J., López, X., Vázquez, R., Ocampo, M & López, V (1998) Trastornos alimentarios y obesidad: Avances de investigación en una población mexicana *Psicología Contemporánea*, 5, (1), 72-79.
- Alvarez, G., Mancilla, J., Martínez, M & López X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación *Psicología y Ciencia Social*, 2, 50-58.
- Alvarez, G., Román, M , Manríquez, E. & Mancilla, J. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios: En una muestra de universitarias mexicanas *La Psicología Social en México*, 6, 536-541.
- American Psychiatry Association (1980) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). Barcelona. Masson.
- American Psychiatry Association. (1987). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R) Barcelona Masson
- American Psychiatry Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) Barcelona. Masson

- Ashby, J. & Kottman, T. (1998) Perfectionism and eating disorder reconsidered *Journal of Mental Health Counseling*, 20 (3), 1-9
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, C. & Ostrosky, A. (1995) Los extremos en los trastornos alimentarios. Anorexia y obesidad *Psicología Iberoamericana*, 3, 20-34
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes* Madrid Pirámide
- Calderón, E., Moreno, P., Gili, M. & Roca, M. (1998). Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio con el SCL-90-R *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2, (1), 1-9.
- Cash, T. & Brown, T. (1987) Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behaviour Modification*, 11, 487-452
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. & Doménech, E. (1995) Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: Dos años de seguimiento *Psiquis*, 16, 21-26
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991) Eating attitudes test. Validation on spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia* Barcelona Martínez Roca.
- Cooper, Z., Cooper, P. & Faiburn, Ch. (1985). The specificity of the Eating Disorder Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 129-130
- Cooper, P. & Taylor, J. (1988) Body image disturbance in bulimia nervosa *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36

- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer*. Barcelona: Herder
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa
- Feighner, J., Robins, E., Guze, S., Woodruff, R., Winokur, G. & Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63
- Feinholz, D. (1997a). Anorexia y bulimia Aspectos psicológicos. *Cuadernos de nutrición*, 20, (5), 10-16
- Feinholz, D. (1997b). Adolescencia, para comprender los trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de nutrición*, 20, 5-9
- Ferrán, M. (1996). SPSS para windows. Programación y análisis estadístico. España: Mc. Graw-Hill.
- Galindo G. (1993). *Autoconcepto en el trastorno de bulimia*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.
- García, E. (1993). *Introducción a la psicometría*. España: Siglo XXI.
- Garfinkel, P. & Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa. A multidimensional perspective*. New York. Brunner/Mazel
- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Manual. Madrid: TAE Ediciones
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.



- Garner, D., Olmsted, M. & 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
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994) Anorexia nervosa y bulimia: el peso de la cultura España Masson.
- Guimerá, E. & Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI). En una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190
- Heatherton, T., Nichols, P., Mahamedi, F. & Keel, P. (1995) Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992 *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1629
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991) *Metodología de la investigación* México MC Graw-Hill.
- Holtz, V. & Tena-Suck, A. (1995) Terapia de grupo: Una alternativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Psicología Iberoamericana*, 3, 53-599
- Joiner, T. & Heatherton, T. (1998). First- and second- order factor structure of five subscales of the Eating Disorders Inventory *International Journal of Eating Disorders*, 23, 189-198
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1994) *Synopsis of psychiatry* U. S. A. Williams y Wilkins
- Kendall, P. & Norton-Ford. (1988). *Psicología clínica Perspectivas científicas y profesionales* México: Limusa.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento* McGraw-Hill, México
- Kline, P. (1993). *Handbook of the psychological testing* London: Routledge

- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleabes, D., Barbin, J. & Murphy-Eberenz, K. (1998) The interview for diagnosis of eating disorders-IV Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10 (1), 41-48.
- Lee, S., Lee, A., Leung, T. & Yu, H. (1997) Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory (EDI-1) in a nonclinical chinese population in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (2), 187-194
- Lee, S., Lee, A., & Leung, T. (1998). *Cross-Cultural of the Eating Disorder Inventory A study of Chinese patients with eating disorder in Hong Kong* *International Journal of Eating Disorders*, 23, 177-188
- Magnusson, D. (1977). *Teoría de los tests*. México: Trillas
- Mancilla, J., Alvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E., & Román, M. (1998) Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2, 34-43.
- Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E., Alvarez, G., López, X. & Román, M. (1999) Factores de riesgo en trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, (1), 37-46.
- Martínez, R. (1995) *Psicometría Teoría de los test psicológicos y educativos* Madrid. *Síntesis*
- Martínez, M., Medina, A., & Quiroz, A. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo Tesis de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mateos, A. & Solano, N. (1997) Trastornos de la alimentación. anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*. 1, (1), 1-27.

- McLaren, D. (1993) *La nutrición y sus trastornos*. Manual Moderno, Mexico
- Morzan, B. (1994) Anorexia nerviosa *Revista de Psicología* 2, (2), 111-121
- Namakforoosh, M. (1995) *Metodología de la investigación*. Mexico Limusa
- National Institute of Mental Health (1993) Eating disorders [http //www Mentalhealth.com/book/p45-eat1.html](http://www.Mentalhealth.com/book/p45-eat1.html) 1-10
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. McGraw-Hill, México
- Polivy, J. & Herman, C. (1993) Etiology of binge-eating. Psychological mechanisms. In: C. Fairburn & T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York. The Guilford Press
- Raich, R. M. (1994) *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide
- Raich, R., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M., Zapater, L., Mancilla, J., Vázquez, R. y Alvarez, G. (2000) A Cross-cultural on eating attitudes and behaviours in two spanish-speaking countries, Spain and Mexico *European Eating Disorders Review*, 00, (0), 1-11.
- Rathner, G. & Rumpold, G. (1994). Convergent validity of the Eating Disorder Inventory and the anorexia nervosa inventory for self-rating in an austrian nonclinical population *International Journal of Eating Disorders*, 16 (4), 381-393
- Rausch, C. & Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires Paidós
- Román, F. (1997) Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. Tesis de licenciatura UNAM-ENEPI

- Roman, M., Mancilla, J., Alvarez, G. & Lopez, X. (1998) *Evaluación de la Imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. Psicología Contemporánea*, 1997, 5, 22-29
- Rosen, J. (1995) The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavior Practice*, 2, 143-166
- Rossen, J. & Leitenberg, H. (1982) Bulimia nervosa: Treatment with exposure & response prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Silva, A. (1992) *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México Trillas.
- Slade, P. (1985). A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265
- Sohlberg, N. (1988) Eating Disorder inventory in Sweden: description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-575
- Szmukler, G., Dare, C. & Treasure, J. (1995). *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. Inglaterra: Wiley
- Taylor, K. & Anthony, L. (1993). *Nutrición Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987) *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca, Barcelona
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España. Ariel
- 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

- Turón, V (1997) Trastornos de la alimentación. España. Masson.
- Vázquez, R. (1997) Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa Tesis Doctoral UAB, Barcelona.
- Viladrich, Prat, Doval, Vall-Llovera (1996).
- Virseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación: Un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3, 35-39.
- Weltzin, T., Fernstrom, M. & Kaye, W. (1994). Serotonin and bulimia nervosa *Nutrition*
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway *Psychological Medicine*. 25, (3), 567-580
- Yela, M. (1997). La técnica del análisis factorial: Un método de investigación en psicología y pedagogía España: Biblioteca nueva.
- Williamson, D. (1990) *Assessment of eating disorders: obesity anorexia and bulimia nervosa*. USA: Pergamon Press.
- Williamson, D., Cubic, B. & Gleaves, D (1993) Equivalence of body image disturbance in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* 102, (1), 177-180.

## **ANEXO 1**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FEIGHNER, ROBINS, GUZE, WOODRUFF,  
WINOKURT Y MUÑOZ

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FEIGNER, ROBINS, GUZE, WOODRUFF,  
WINOKURT Y MUÑOZ (1972)

A) Edad de inicio 25 años

B) Anorexia acompañada de una pérdida de peso correspondiente, por lo menos al 25 por 100 del peso corporal original

C) Actitud distorsionada e implacable hacia la ingesta, el alimento o el peso, que desatiende hambre, las advertencias, la incertidumbre y las amenazas, por ejemplo

- Negación de la enfermedad sin reconocer las necesidades nutritivas
- Aparente complacencia con la pérdida de peso, manifestando abiertamente que el rechazo de los alimentos es agradable
- Una imagen corporal deseable de extrema delgadez, evidenciándose que es agradable para la paciente conseguir y mantener ese estado
- Acumulación o manipulación desusada de alimentos

D) No hay enfermedad médica que explique la anorexia y la pérdida de peso

E) No existe otro trastorno psiquiátrico conocido con particular referencia a trastornos afectivos primarios, neurosis obsesivo-compulsiva y fóbica, y esquizofrenia (aún cuando el rechazo del alimento puede resultar fóbico u obsesivo, por sí solo no es suficiente para calificar una enfermedad obsesivo-compulsiva o fóbica)

F) Al menos dos de las manifestaciones siguientes:

- Amenorrea
- Lanugo
- Bradicardia (pulso en reposo de 60 o menos pulsaciones)
- Periodos de hiperactividad
- Episodios de bulimia
- Vómitos (pueden ser autoinducidos)

## **ANEXO 2**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-III



### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-III (APA, 1980)

- A) Miedo intenso a engordar que no disminuye a medida que se pierde peso
- B) Alteración de la imagen corporal, por ejemplo, se queja de "sentirse gordo" aún estando demacrado.
- C) Pérdida de peso de al menos un 25 por 100 del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que le correspondería haber ganado de acuerdo con el proceso de crecimiento, hasta constituir la pérdida del 25 por 100
- D) Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y altura
- E) Ausencia de enfermedades que justifiquen la pérdida de peso

### **ANEXO 3**

#### **INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)**

EDI

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CAMPUS IZTACALA  
INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

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.- Intenta ser sincera en tus respuestas.
- 4.- Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúe a lo que piensas. No escribas en este cuadernillo, únicamente hazlo en las hojas de respuesta.
- 5.- No existen respuestas correctas ni incorrectas.
- 6.- Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes
- 7.- Las claves que se encuentran a la izquierda de cada pregunta son únicamente para fines de organización

**PREGUNTAS**

- MA 1.- Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa.  
IC 2.- Pienso que mi estómago es demasiado grande.  
MM 3.- Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.  
B 4.- Como, cuando estoy disgustada.  
B 5.- Me atraco de comida.  
MM 6.- Me gustaría tener menos edad.  
MA 7.- Pienso en seguir una dieta.  
II 8.- Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos.  
IC 9.- Pienso que mis piernas son demasiado anchas.  
N 10.- Me siento inútil como persona.  
MA 11.- Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.  
IC\* 12.- Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.  
P 13.- Mi familia sólo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.  
MM 14.- El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.  
DI\* 15.- Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.  
MA 16.- Me aterroriza ganar peso  
DI\* 17.- Confío en los demás.  
IN 18.- Me siento sola en el mundo.  
IC\* 19.- Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.  
IN\* 20.- Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control.  
II 21.- Me siento confundida ante las emociones que siento.  
MM\* 22.- Prefiero ser adulto que niña.  
DI\* 23.- Me comunico fácilmente con los demás.  
IN 24.- Me gustaría ser otra persona.

**EDI**

- MA 25.- Exagero a menudo la importancia del peso  
 II\* 26 - Puedo identificar claramente las emociones que siento  
 IN 27 - Me siento inadaptada  
 B 28.- Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo  
 P 29 - Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros  
 DI\* 30 - Tengo amistades íntimas.  
 IC\* 31 - Me gusta la forma de mis pompas o glúteos  
 MA 32 - Me preocupa el deseo de estar más delgada.  
 II 33 - No sé lo que está pasando dentro de mí.  
 DI 34.- Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás.  
 MM 35.- Las exigencias del adulto son demasiado grandes  
 P 36.- Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.  
 IN\* 37.- Me siento segura de mí misma  
 B 38.- Pienso en comer en exceso.  
 MM\* 39.- Me siento feliz de ya no ser una niña.  
 II 40.- No me doy cuenta de si tengo hambre o no  
 IN 41 - Tengo una pobre opinión de mí misma.  
 IN\* 42.- Pienso que puedo alcanzar mis metas  
 P 43 - Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.  
 II 44.- Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control  
 IC 45.- Pienso que mis caderas son demasiado anchas.  
 B 46 - Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola.  
 II 47.- Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena.  
 MM 48.- Pienso que las personas son más felices cuando son niñas.  
 MA 49.- Si subo un poco de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando.  
 IN\* 50.- Pienso que soy una persona útil.  
 II 51 - Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada  
 P 52.- Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas  
 B 53.- Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso  
 DI 54.- Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercárseme o entablar amistad.  
 IC\* 55.- Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado  
 IN 56.- Me siento interiormente vacía.  
 DI\* 57.- Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.  
 MM\* 58 - El convertirme en adulto ha sido lo mejor en mi vida.  
 IC 59.- Creo que mis pompas o glúteos son demasiado anchas.  
 II 60.- Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente.  
 B 61 - Como o bebo a escondidas.  
 IC\* 62.- Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado  
 P 63.- Mis metas son excesivamente altas.  
 B 64 - Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer

**GRACIAS POR TU COOPERACION**