



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

---

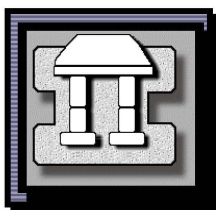
---

**" ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS  
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UN  
CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL DE  
TRASTORNOS ALIMENTARIOS"**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:**

**SÁNCHEZ PÉREZ ADRIANA**

**DIRECTORA: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN  
ASESORES: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ  
DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO**



**Tlalnepantla, Estado de México, Julio del 2005.**



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.

Dedico este trabajo en primera instancia:

*A ti ...por haberme permitido existir y guiar siempre mis pasos.*

**A mis padres, por su apoyo, comprensión, cariño y la confianza que me han brindado desde el primer día de mi vida. Gracias por todos sus esfuerzos, su entrega y por creer en mí, sin ustedes *simplemente* no hubiese podido realizar este proyecto.**

**A mis amigos, por haberme escuchado y animado siempre que lo necesite.**

**A mi directora de tesis Gina por sus atenciones, paciencia, dedicación y por compartirme parte de su sabiduría durante la realización de esta investigación. Muchas gracias, porque además creíste en mi capacidad.**

**A mis asesores Juan Manuel y Rosalía por enriquecer este trabajo con sus valiosos conocimientos.**

A los profesores y compañeros del Proyecto de Investigación en Nutrición porque gracias a su colaboración se logró realizar este estudio de manera más eficaz.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>ANTECEDENTES</b>	
1. Trastornos del Comportamiento Alimentario .....	5
2. Factores cognitivos asociados	
2.1. Miedo a madurar .....	9
2.2. Desconfianza interpersonal .....	11
2.3. Identificación interoceptiva .....	13
2.4. Ineficacia .....	15
2.5. Perfeccionismo .....	17
3. Influencia del modelo estético corporal de delgadez .....	21
3.1. Publicidad .....	22
3.2. Familia .....	26
3.3. Pares .....	29
4. Tamizaje o valoración de factores asociados a trastornos del comportamiento alimentario	
4.1. Test de actitudes hacia la alimentación (EAT) .....	32
4.2. Test de bulimia (BULIT) .....	36
4.3. Inventario de trastornos alimentarios (EDI) .....	41
4.4. Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC).....	45
4.5. Cuestionario de imagen corporal (BSQ) .....	48
<b>OBJETIVOS</b> .....	51
<b>MÉTODO</b>	
Muestras .....	52
Instrumentos .....	53
Procedimiento .....	53
<b>RESULTADOS</b>	
Derivación de las subescalas .....	59

Evaluación de validez de las escalas y subescalas .....	84
<b>DISCUSIÓN</b> .....	92
<b>CONCLUSIONES</b> .....	104
<b>REFERENCIAS</b> .....	106

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue derivar un Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CUMUTA) a partir de los instrumentos: EAT (Test de Actitudes Alimentarias), BULIT (Test de bulimia), BSQ (Cuestionario de Imagen Corporal), EDI (Inventario de Trastornos Alimentarios) y CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal), así como determinar la confiabilidad (consistencia interna) y evaluar la validez de criterio (discriminante y predictiva) del cuestionario derivado. Participaron 376 mujeres de entre 15 y 30 años, divididas en dos submuestras: *Clínica*, se conformó por 188 mujeres diagnosticadas con trastorno del comportamiento alimentario (20 con Anorexia Nerviosa, 75 con Bulimia Nerviosa y 93 con Trastorno Alimentario No Específico); y *Control*, también se conformó por 188 mujeres que no rebasaron los puntos de corte del EAT ( $\leq 28$ ) ni del BULIT ( $\leq 85$ ). Del total de 214 ítems que comprenden los cinco instrumentos mencionados, el CUMUTA conserva 100 de ellos organizados en tres escalas: 1) Escala de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ETCA), conformada por 51 reactivos divididos en ocho subescalas: Insatisfacción corporal ( $\alpha = 0.92$ ), Motivación para adelgazar ( $\alpha = 0.92$ ), Preocupación por la comida ( $\alpha = 0.87$ ), Restricción alimentaria ( $\alpha = 0.83$ ), Atracón alimentario ( $\alpha = 0.86$ ), Sentimientos negativos posteriores al atracón ( $\alpha = 0.93$ ), Conductas compensatorias ( $\alpha = 0.85$ ) y Presión social percibida ( $\alpha = 0.76$ ); el punto de corte de ETCA ( $\geq 78$ ) denota 95% de sensibilidad y 94% de especificidad. 2) Escala de Factores Individuales (EFI), incluye 27 ítems en cuatro subescalas: Miedo a madurar ( $\alpha = 0.81$ ), Ineficacia ( $\alpha = 0.88$ ), Desconfianza interpersonal ( $\alpha = 0.76$ ) e Identificación interoceptiva ( $\alpha = 0.83$ ). 3) Escala de Factores Socioculturales (EFAS), conformada por 22 reactivos organizados en tres subescalas: Influencia de publicidad ( $\alpha = 0.92$ ), Influencia de modelos sociales ( $\alpha = 0.83$ ) e Influencia de relaciones sociales ( $\alpha = 0.73$ ). Por último, cabe mencionar que en cuanto al CUMUTA, así como en lo que respecta a sus tres escalas y quince subescalas se confirma su dirección predictiva. Se concluye que el CUMUTA denota adecuadas propiedades psicométricas para su utilización en muestras de mujeres mexicanas, y particularmente su escala ETCA muestra ser una herramienta de tamizaje válida y confiable.

## INTRODUCCIÓN

Los excesos, las deficiencias o los desbalances en el proceso fisiológico llamado nutrición –con el conjunto de procesos químicos que implica– conducen a desequilibrios no sólo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y el social; (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998) y más específicamente, puede dar lugar a que se produzca un Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) y hablar de éstos significa referirnos a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento alimentario, es decir, que su base y fundamento se encuentra en la alteración psicológica (Raich, 1994).

También es importante considerar que los TCA son padecimientos caracterizados por un complejo cuadro clínico y han cobrado gran relevancia dentro del campo de la salud mental, esto en razón de su creciente prevalencia. Es un hecho que para realizar investigaciones epidemiológicas sobre TCA usualmente se emplean entrevista y/o cuestionarios sobre la conducta alimentaria, los cuales sirven para su detección, evaluación, diagnóstico y dan una idea del cómo se organizan los pensamientos y sentimientos de las personas afectadas con relación a su problemática específica (Slade y Russell, 1973; Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996).

Precisamente debido al aumento en la incidencia de TCA, se han desarrollado instrumentos de evaluación que permiten realizar una primera detección de sus síntomas o factores asociados en poblaciones comunitarias o de alto riesgo. Con base a dicho requerimiento, el personal del Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES-Iztacala conformó una batería básica de cinco instrumentos de evaluación (cuestionarios de auto-reporte), los cuales fueron seleccionados en medida de ser los más utilizados a nivel internacional, haber demostrado ser válidos y confiables respecto al objetivo con el que fueron creados, y permitir abarcar un espectro lo suficientemente amplio para el estudio de los trastornos alimentarios. Estos instrumentos son: Test de Actitudes

# ANTECEDENTES

## 1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los criterios vigentes para el diagnóstico de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son los que se refieren en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su cuarta versión-Texto revisado, DSM-IV-TR (APA, 2000)–.

Dichos criterios, para el caso de la **Anorexia nerviosa** son los siguientes:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.e., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del esperado).
- 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, p.e., con la administración de estrógenos).

Y se proponen dos tipos de anorexia nerviosa:



*RestRICTIVA:* durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p.e., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

*Tipo Compulsiva/purgativa:* durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.e., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Por otra parte, los criterios de diagnóstico de la **Bulimia Nerviosa**, también de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), son los siguientes:

A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (p.e, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un espacio de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (p.e, 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, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E) La alteración no ocurre exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nerviosa.

Asimismo, también se proponen dos tipos de bulimia nerviosa:

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

*No purgativa:* durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona 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.

Asimismo, se han desarrollado otras categorías diagnósticas para los TCA, éstas son denominadas en el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000) como Trastornos del comportamiento alimentario no específico<sup>1</sup> (TANE), aplicables cuando las personas no cumplen con ciertos criterios para poder diagnosticarles una anorexia o bulimia nerviosas. Algunos ejemplos para determinar la presencia de un TANE son los siguientes:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.e, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

---

<sup>1</sup> Este término podría considerarse equivalente a los de síndromes atípicos, síndromes parciales o trastornos subclínicos que se encuentran principalmente en la literatura previa a 1994, a partir de cuando están siendo progresivamente sustituidos por el de TANE.

6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Respecto a este último punto resulta fundamental resaltar que el trastorno compulsivo o Trastorno por Atracón (TPA) constituye un TCA no específico de gran relevancia, ya que se calcula que puede afectar del 20% al 40% de los pacientes médicamente obesos (García-Camba, 2001; Raich, 1994). Como resultado de ello, también ha incrementado en forma sustancial el número de investigaciones enfocadas a lograr una mayor comprensión y, por tanto, delimitación del TPA, por lo que es posible que en un futuro no muy lejano aparezca concretado como un TCA específico en una próxima versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. No obstante, para el presente trabajo se seguirá haciendo alusión al TPA con base a los criterios propuestos en el DSM-IV-TR (APA, 2000), siendo:

A) Episodios recurrentes de atracones, los que se caracterizan por:

1. Ingestión, en un periodo corto de tiempo (por ejemplo, dos horas) una cantidad de comida superior a lo que la mayoría de la gente podría comer en el mismo tiempo y en circunstancias parecidas.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingestión durante el episodio (por ejemplo, sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B) Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingestión mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.

5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C) Profundo malestar al recordar los atracones.

D) Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses<sup>2</sup>.

E) El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.e., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

## **2. FACTORES COGNITIVOS ASOCIADOS A TCA**

### **2.1. Miedo a madurar**

Los TCA se desarrollan, por lo general, en la etapa que va de la pubertad y adolescencia hasta la juventud; de hecho, Turón (1997) ubica el periodo de mayor probabilidad de desarrollarlos entre los 15 y los 25 años, aunque advierte que el riesgo se acentúa particularmente durante la adolescencia.

La razón por la que la adolescencia comprende el mayor riesgo para iniciar un TCA, parece asociarse con que esta etapa del desarrollo supone un lapso de dramáticos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social; por ello, que algunos jóvenes experimenten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que en las demás personas no van a encontrar el suficiente soporte para afrontarlos (Crispo *et al.*, 1996); al respecto, algunos autores señalan que en las pacientes con TCA es común que experimenten profundo temor ante la incapacidad

---

<sup>2</sup> Como puede notarse, el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; no obstante, se espera que futuros trabajos de investigación puedan aportar a la clarificación de si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

para enfrentar los retos que supone el desarrollo, y por ello que con frecuencia manifiesten miedo a “crecer” o madurar (Stierling, 1988, cit. en Ludewig, 1991; Wilson, 1995, cit. en Alvarez, Franco, Mancilla y Vázquez, 2002).

Los cambios físicos se acompañan de un aumento natural del peso corporal, que es lo que a fin de cuentas le da al cuerpo una forma de “mujer”, pero para muchas jóvenes éste puede representar un importante factor precipitante para el desarrollo del TCA, ya que experimentan suma dificultad o franca intolerancia a la aceptación de su “nueva” forma corporal, que sin duda es indicativa de que se ha dejado la infancia, por ende, parece anunciar también mayores responsabilidades o demandas. Particularmente la insatisfacción con el peso corporal en asociación con el desarrollo puberal y del rol sexual parece acentuarse precisamente entre las jóvenes adolescentes (Toro, 2004; Wichstrom, 1999, cit. en Thompson y Smolak, 2002), incluso algunos autores identifican al desarrollo puberal temprano, dado que éste resulta en un incremento del tejido adiposo, como un posible factor de riesgo para desarrollar un TCA (Connors, 1996, Pike, 1995, cits. en Shisslak y Crago, 2002; Killen *et al.*, cit. en Stice, 2002; Vázquez, Alvarez, López, Ocampo y Mancilla, 2004). De forma aunada, la menarca temprana se ha asociado con mayor insatisfacción corporal y patología alimentaria (Swarr y Richards, 1996, Graber, Lewinsohn, Seeley y Brooks-Gunn, 1997, cits. en Stice, 2002)

Otro aspecto de ese temor a crecer lo refieren Garner y Bemis (1982, cit. en Toro y Vilardell, 1987), quienes indican que las personas con TCA conservan un “pensamiento infantil” que se mueve entre los extremos: “todo o nada” (sólo puedo controlarme a través de la comida), “bueno o malo” (si me desarrollo mis padres sufrirán, y si no, estarán felices), “obeso o delgado”. El miedo a crecer se expresa en ciertos casos por medio de pensamientos dicotómicos y extremistas, los que son más propios de un niño que no acepta la realidad ni el hecho de que todo lo que quiera lograr requiere de un esfuerzo continuo.

## 2. 2. Desconfianza interpersonal

Las relaciones con la familia, con los compañeros de estudio, de trabajo y, en general, se ven afectadas por el TCA. Rosen (1990) pone de manifiesto que las pacientes con trastorno que devalúan su apariencia física, aprenden a reducir su ansiedad evitando determinadas situaciones que podrían desencadenarla, ya que una vez que se relajan al no asistir a alguna reunión social, aumenta la probabilidad de no asistir en el futuro; como vemos, la consecuencia de huir de la aversión es muy gratificante, pero sin duda aumentan sus dificultades de interacción social.

Cabe señalar, que además de evitar interacciones sociales por el temor a ser vistas y no agradar, hay otro factor que explica su dificultad para interactuar, éste es referido por Duker y Slade (1995), quienes señalan que la persona afectada por la inanición pierde la capacidad de ser imaginativo, creativo o de abordar situaciones complejas, y en este caso, se siente confundida y abrumada por la gran cantidad de interacciones que ocurren dentro de un grupo (aunque sea pequeño), sintiendo que es imposible encontrar coherencia a lo que está sucediendo. Por tanto, tiene la necesidad de que todos los aspectos de su vida sean totalmente previsibles y estén organizados de antemano, dado que no existe la capacidad para responder de forma espontánea a algún acontecimiento imprevisto (Mas y Molinero, 2000). Sus relaciones sociales se tornan más problemáticas y se reduce su capacidad para enfrentar la frustración, debido a ello la paciente anoréxica se distingue por cierto aislamiento y el establecimiento de rutinas rígidamente definidas.

Son varias las investigaciones que se han enfocado al estudio de las dificultades interpersonales de las personas con TCA, entre ellas se encuentra la realizada por Fernández *et al.* (1996), quienes analizaron la asociación entre sintomatología alimentaria con el desajuste interpersonal, la depresión y la autoestima en un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. En primer lugar, los autores observaron que en el 80% de los casos existía ansiedad social e insatisfacción con sus relaciones interpersonales, sugiriendo que el desajuste interpersonal en estas pacientes se encuentra asociado a su

grado de depresión y baja autoestima; en segundo lugar, sus resultados muestran que los subgrupos de pacientes con y sin ansiedad social no difieren en sus conductas alimentarias, pero sí lo hacen en cuanto a su nivel de autoestima, esto es, el subgrupo con ansiedad social presentó menor autoestima que el grupo de pacientes sin ansiedad social. Otro aspecto relevante es el hallado respecto al pobre concepto que los pacientes anoréxicos poseen de sí mismos y sus carencias en habilidades sociales, lo que en opinión de Fernández *et al.*, podría ser la hipótesis explicativa de su deficitario funcionamiento social. Al respecto, Turón (1997) advierte el hecho de que con la cronificación de la anorexia nerviosa es frecuente la aparición en estas pacientes de una fobia social, una vez que las situaciones interpersonales –donde pueden ser observadas y expuestas al ridículo– les provocan excesiva ansiedad.

En el caso de la bulimia nerviosa, las personas que presentan dicho trastorno tienden a ser dependientes y –por ello– con extrema facilidad inicial para establecer vínculos con los demás, sin embargo, posteriormente suele hacerse patente su inclinación a tomar decisiones impulsivas, actuando de forma impredecible y poco controlada, lo que empieza a reflejarse en una incapacidad para lograr relaciones interpersonales estables o duraderas (Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Parris, 1992; Herzog, Keller, Sacks, Yeh y Lavori, 1992; Newton, Freeman y Munro, 1993; Toro, 1996; Vandereycken y Houdenhove, 1996).

En suma, los individuos con bulimia nerviosa se caracterizan por tener poco control de impulsos, ser extrovertidos, poca capacidad para mantener vínculos sociales, emocionalmente desajustados y dependientes; mientras que las pacientes anoréxicas comparten las mismas características a excepción de la extroversión (más bien tienden a ser introvertidas) y el control de impulsos (se caracterizan por ser excesivamente controladas).

Asimismo, diversas investigaciones en que han comparado a jóvenes identificados con sintomatología de trastorno alimentario –con base a instrumentos de tamizaje– y jóvenes control, han reportado que los primeros presentan significativamente mayor

desconfianza interpersonal, esto tanto en el caso de mujeres como de varones (Alvarez, Franco *et al.*, 2002; Alvarez *et al.*, 2003; Guadarrama, 2003; Gutiérrez y Romero, 2003).

### **2. 3. Identificación interoceptiva**

Respecto a la percepción de “*estados internos*” tales como: estados emocionales, sensaciones corpóreas y aspectos relacionados con el hambre o saciedad, Toro y Vilardell (1987) sugieren que existen indicadores de una alteración en la percepción interoceptiva en la anorexia nerviosa, dado que las personas con este trastorno actúan como si los estímulos internos relacionados con el hambre y saciedad, así como otras sensaciones corporales, no fueran percibidas o lo fueran de modo anómalo: su falta de respuesta al frío, su aparente resistencia a la fatiga o ausencia de deseo sexual, son datos que apoyan una alteración interna o características calificables de alexitímicas (Fassino, Pieró, Gramaglia y Abate–Daga, 2004). Específicamente los procesos digestivos, desde la repleción o no repleción gástrica hasta la evacuación y los movimientos intestinales, son objeto de distorsiones perceptivas o conceptuales. Por ejemplo, Silverstone y Rusell (1967, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994) estudiaron si existían o no diferencias en la motilidad gástrica entre mujeres anoréxicas y control, encontrando que las primeras eran capaces de reconocer las contracciones gástricas cuando éstas se producían, sin embargo, algunas de ellas no las interpretaban como sensaciones de hambre.

De igual forma, Garfinkel y Garner (1982) –conforme a algunos estudios que realizaron– llegaron a la conclusión de que las pacientes con anorexia nerviosa tienen percepciones interoceptivas alteradas y específicamente respecto a los estímulos que se asocian a la saciedad. En concreto, su percepción parece estar más influida por factores cognitivos que por estados internos (fisiológicos).

Al respecto, Turón (1997) plantea que las mujeres con anorexia desarrollan una sensibilidad diferente frente a estímulos procedentes del medio interno, pues no parecen sentir con la misma intensidad que el resto de las personas la sensación de



hambre o fatiga, aunque si presentan mayor capacidad perceptiva para detectar el funcionamiento digestivo, como por ejemplo: el llenado y vaciado del estómago, el proceso de digestión, los movimientos intestinales y las variaciones de peso. “Esta auto-observación del proceso de la digestión y metabolización es siempre interpretada a la luz de las cogniciones erróneas y servirá para reelaborar pensamientos y conceptos cada vez más alejados de la realidad” (p. 80). Estos planteamientos sustentan la importancia de los factores cognitivos que, de una u otra forma, perturban la vida de la paciente anoréxica, y particularmente su ingestión alimentaria, por lo que con frecuencia se les escucha decir: “no como porque no tengo hambre”.

Asimismo, es importante resaltar que la paciente anoréxica también parece experimentar mayor sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos a medida que aumenta el hambre; algunas refieren que esas nuevas sensaciones son muy agradables, ya que parecen asociarse a otras sensaciones físicas que les parecen placenteras, entre ellas el sentir el estómago vacío o sin alimento y, en efecto, “más ligeras” (Duker y Slade, 1995).

Respecto a los sentimientos vivenciados, Duker y Slade (1995) opinan que la persona con anorexia no les da valor alguno, y si permite que afloren, entonces sus reglas dictan que deben ser los sentimientos “correctos”, pero como no puede garantizar que tendrá los sentimientos correctos, los experimenta como desagradables o “intrusivos”, a los que más vale ignorar, puesto que por lo general, es más fácil vivir efectivamente y de manera autodirigida y automática. En este sentido, el control alimentario es el refugio de la paciente, quien se valdrá de él siempre que se sienta asustada, amenazada, disgustada o incapaz de enfrentar o controlar las situaciones.

La paciente bulímica, al igual que la diagnosticada con anorexia, tiene conocimientos erróneos con relación a lo que siente, y reelabora esos conocimientos con base a sus temores y deseos. Lo dramático aquí es que sus pensamientos alterados con respecto a la fisiología se contradicen de forma radical, ya que se atracan de comida aún cuando no tienen hambre, experimentando pérdida de control, es decir: “no tengo

hambre, pero de todos maneras como”, y por el contrario, la paciente con anorexia dice: “tengo hambre, pero no como” (Turón, 1997). Por tanto, el déficit en la identificación interoceptiva tanto de estados internos –como el hambre y la saciedad– así como afectivos o emocionales parecen un constante en las mujeres con TCA, observándose tanto en aquéllas que han acudido a solicitar tratamiento especializado como en las que no (Alvarez, Franco *et al.*, 2004).

## **2. 4. Ineficacia**

Las personas con anorexia tienden a afirmar que “no se conocen”, creen carecer de control sobre su desarrollo corporal, su adecuación física y su “sobrepeso” (Toro y Vilardell, 1987). De igual forma, Duker y Slade (1995) indican que a medida que el individuo con este trastorno trata de conocer todas las implicaciones de cada uno de sus actos, lo que logra es una confusión, por el análisis exhaustivo u obsesivo que no lo deja avanzar en nada. La lógica y racionalidad se vuelven punto de referencia de su preferencia personal, en palabras de Duker y Slade, se genera un “círculo vicioso intelectual” que hace que se encuentren en un permanente estado de indecisión confusa, con el sentimiento de no lograr progreso alguno, de no establecer contacto con el mundo, ni lograr tener ningún efecto en él, y una de las consecuencias que esto acarrea es la frustración. A su vez, su ineficacia se expresa en una imposibilidad de alcanzar algo o en una falta de aspiraciones, que después genera sentimientos de culpa por cometer errores (Mas y Molinero, 2000).

Si perciben que algo anda mal, creen que todo es culpa suya y se sienten con la responsabilidad de corregir la situación, sin embargo ello les resulta difícil, ya que no les es fácil identificar qué es lo que tienen que hacer, por ende, optan por el control alimentario y corporal como la única forma en que pueden darle solución a las situaciones, esto se convierte en una fachada de eficacia, organización y rutina. Un aspecto característico es que se “aferran” a las rutinas, las cuales han sido planeadas con todo cuidado para mantener el control alimentario y corporal. Cualquier situación que amenace sus rutinas de regulación alimentaria hará que se adhieran aún más a

ellas, aquí queda de manifiesto su gran dependencia del control, no toleran ningún tipo de cambio; esto es visible cuando tienen un momento de debilidad y comen, o han sido obligadas a alimentarse, en respuesta adoptan una dieta más estricta o realizan ejercicios más agotadores. Por el contrario, se sienten más tranquilas cuando todo lo tienen planeado: horas de la comida, trabajo, ir a la cama y, en general, cada detalle de sus ocupaciones cotidianas. Todo lo que Duker y Slade (1995) engloban en una aparente personalidad “fuerte”.

Esta imagen de control que proyectan frecuentemente es reforzada por las personas que le rodean y así, se sienten obligadas a ser siempre “adecuadas”. Pero como lo refieren Crispo *et al.* (1996), cuando la seguridad está puesta exclusivamente en cumplir con lo que se supone se espera de uno, o en adecuarse a la imagen que otros puedan tener, es inevitable que se experimente una sensación de ineficacia personal, más específicamente, una dificultad para resolver las cosas recurriendo a recursos personales, dado que se termina siempre dudando de sí mismo.

En general, las jóvenes que padecen un TCA transitan por una etapa llena de situaciones cambiantes: cambios de escuela, de amigos, de domicilio, y en la relación con los padres o en la posibilidad de establecer una relación más íntima con el sexo opuesto. Muchas veces es la dificultad para hacer frente a estas situaciones y resolverlas, lo que hace a una persona vulnerable a desarrollar un TCA, por lo que, convierten su cuerpo en símbolo y fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Ellas comienzan a interpretar erróneamente la delgadez como signo de “ser especial”, y el hacer dieta y bajar de peso como indicadores de autocontrol (Crispo *et al.*, 1996).

Sin embargo, cabe mencionar que si bien la ineficacia está estrechamente relacionada a los TCA, ésta parece estar principalmente acentuada en el caso de la psicopatología bulímica (Garfinkel, Brown y Darvy, cit. en Rivero y Vivas, 2001; Mancilla *et al.*, 1999; Killen *et al.*, 1996; Stice y Agras, 1998). Más específicamente, Rivero y Vivas (2001) exploraron cómo se manifiesta el control de la conducta y sus características en

pacientes con TCA, personas en riesgo de desarrollarlo y un grupo control. Las autoras encontraron que el grupo de mujeres con TCA, se caracterizó por tener un *menor control objetivo*, manifestándose en conductas no conducentes a lograr un óptimo control de sus actos. Aunado a lo anterior, poseen *menor control subjetivo*, lo que les dificulta el logro del control por no tener la confianza en sus propias habilidades, además, tienen la creencia de que el control es ejercido más por parte de otros que por sí mismas. Y de forma particular las pacientes bulímicas tienen dificultades para ejercer el *autocontrol* adecuadamente, encontrándose siempre en los extremos: la pérdida de control (episodios de atracón) o el excesivo control (episodios de dieta restrictiva), además de manifestar sentimientos de *ineficacia* para planificar e implementar estrategias de autocontrol. Dado que las percepciones de autoeficacia juegan un papel fundamental para la acción, la baja percepción de autoeficacia encontrada en estas participantes, de alguna manera facilita la pérdida o el exceso de control que intentan ejercer para mantener el peso ideal y alcanzar la figura socialmente aceptada para la mujer.

## **2. 5. Perfeccionismo**

El perfeccionismo se define como una red de cogniciones que incluye expectativas, interpretaciones de eventos y evaluaciones de uno mismo y de los otros, caracterizadas por el establecimiento de metas no realistas y la adherencia rígida e indiscriminada a éstas, además de la sobreidentificación entre la valía personal y los actos (Burns, 1980, cit. en Raich, 1994; Blatt, 1995). Precisamente uno de los rasgos de personalidad comúnmente reportados en pacientes con TCA es el perfeccionismo, el cual se ha observado altamente correlacionado con las conductas y actitudes sintomáticas de la anorexia y bulimia nerviosas (Blatt, 1995; Hewitt, Flett y Ediger, 1995, cit. en Davis, 1997); incluso algunos autores refieren al perfeccionismo como un factor de riesgo de la patología alimentaria (Joiner, Heatherton, Rudd y Schmidt, 1997; Killen *et al.*, 1994, cit. en Stice, 2002), sin embargo existen algunos otros estudios que contradicen dicho carácter predictivo de este rasgo (Leon, Fulkerson, Perry y Early-Zald, 1995; Vohs, Bardone, Joiner, Abramson y Heatherton, 1999).

Se han identificado dos tipos principales de perfeccionismo, uno que hace referencia a “lo normal” y otro se refiere a una forma patológica, a este último Hamacheck (1978, cit. en Raich, 1994) lo denominó neurótico. En su opinión, las personas *perfeccionistas normales* son aquéllas que obtienen un placer real del esfuerzo de su trabajo, además de sentirse libres para ser tan precisas según la situación lo permita; otra de sus características, es que tienden a aumentar su autoestima y reconocen sus habilidades así como un trabajo bien hecho. Mientras que para las personas identificadas como *perfeccionistas neuróticas*, sus esfuerzos —incluso los mejores— nunca parecen ser lo bastante buenos, a su forma de ver siempre les parece que ellos podrían y deberían hacer mejor las cosas, por tanto, son incapaces de sentir satisfacción.

Posteriormente se ha propuesto otra distinción en lo que respecta al perfeccionismo, ésta es: *perfeccionismo positivo*, que se define como la motivación para realizar con éxito determinadas metas con la finalidad de obtener consecuencias positivas (por ejemplo, deseo de éxito); y el segundo tipo se denomina *perfeccionismo negativo*, el cual se define como la motivación para lograr ciertas metas con el objetivo de evitar/escapar de las consecuencias negativas —por ejemplo, miedo al fracaso— (Raich, 1994). Precisamente, Slade (1982) sugiere que en las personas con TCA predomina el perfeccionismo negativo, puesto que incluye la evitación del fracaso, es decir, evitación de imperfección, que en este caso equivale al rechazo de la obesidad.

Más específicamente, el modelo de Slade (1982) plantea que hay algo heredado en el individuo propenso a desarrollar un TCA, es decir, una sensibilidad emocional general, ésta es entonces modelada por factores ambientales de varios tipos para producir rasgos de *perfeccionismo positivo o negativo* de intensidad variable. Los *rasgos de perfeccionismo positivo* incluyen: la necesidad de éxito, la búsqueda de perfección y el deseo de delgadez; por otro lado, los *rasgos de perfeccionismo negativo* incluyen: la evitación del fracaso y el rechazo a la imperfección. Aquellos individuos con TCA varían en la medida en que esos dos procesos se activan en un momento dado, lo que permite establecer una clasificación en tres subgrupos (aunque hay que resaltar que según

Slade, esto sólo es una hipótesis), que son:

- A) *Perfeccionistas tipo 1*: impulsados principalmente por perfeccionismo positivo y responden, por tanto, al refuerzo positivo. Aquí se ubica el 15% de personas con TCA.
- B) *Perfeccionistas tipo 2*: impulsados tanto por el perfeccionismo positivo como negativo y que responden a ambos tipos de refuerzo. El 35% entra en esta categoría.
- C) *Perfeccionistas tipo 3*: principalmente motivados por perfeccionismo negativo y responden concretamente al refuerzo negativo. Al menos el 50% de las personas con TCA encajan en esta última categoría.

Entre otros autores que han estudiado el perfeccionismo en personas con TCA se hallan Duker y Slade (1995), quienes plantean que en el caso específico de las pacientes con anorexia, ellas miden su “éxito” por medio del control alimentario —aquí no existe posibilidad de fracaso— pues el éxito es inmediato y pertenece sin duda a la persona que lo alcanza, además de que también permite obtener satisfacción personal a cada momento en que se ejerce el control (en el aquí y ahora). En suma, las pacientes anoréxicas —por medio de un régimen de alimentación restrictivo— alcanzan ideales socialmente aprobados y, por tanto, una manera tangible de obtener metas perfeccionistas.

Asimismo, Toro (1996) añade que el perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal de la paciente anoréxica, de sus rendimientos y, por consiguiente, de su comportamiento, por ejemplo, la dedicación al estudio es superior a lo normal, y de igual forma ocurre cuando se practica alguna actividad deportiva.

En esa búsqueda de perfección es bastante común que se experimente sufrimiento

y sensación de ineficacia, a tal grado que sienten que lo que hacen nunca es suficientemente bueno. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas, de este modo, lograrán ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida. Pero lo más dañino de esta forma de conceptualizar las cosas es que, de hecho la persona con TCA no logra nunca ese control o esa perfección por el que tanto luchan, por el simple hecho de que no se puede manejar ni controlar la fisiología. Los ciclos de ayuno y restricción —con todas las consecuencias tanto físicas como emocionales que suponen— son los que finalmente las controlan a ellas. Asimismo, estas jóvenes tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de salida frente a situaciones que les son difíciles de manejar, porque suponen que “deberían saber” cómo hacer todo bien desde el comienzo, por ende, todo el sistema de control que ellas creen tener se les vuelve en contra (Crispo *et al.*, 1996). Resulta curioso señalar que ciertas características de la anorexia nerviosa, tales como la necesidad de orden y precisión persisten después de resultados exitosos en el tratamiento de recuperación (Srinivasagam *et al.*, 1995).

En 1997, Davis evaluó dos aspectos del perfeccionismo —normal y neurótico— y la valoración del cuerpo en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, los resultados de su investigación señalan que el perfeccionismo normal está positivamente asociado con la estima del cuerpo, pero únicamente cuando el perfeccionismo neurótico es bajo; por otra parte, el menosprecio a la imagen corporal es pronunciado cuando el perfeccionismo normal y neurótico se encuentran elevados. Los resultados también llevaron a la especulación de que lo “normal” (o positivo) y lo neurótico (o negativo) del perfeccionismo funcionarían interactivamente, no aditivamente, en cuanto a la valoración del cuerpo, esto en los pacientes con TCA.

Por último, es relevante destacar que se han llevado a cabo investigaciones con el fin de evaluar la relación entre el perfeccionismo con el TCA en población mexicana, sin encontrar resultados que sustenten dicha relación en mujeres de muestras comunitarias (Alvarez, Franco *et al.*, 2002; Alvarez *et al.*, 2003; Mancilla *et al.*, 1999; Alvarez, Mancilla, López *et al.*, 1998; Mancilla *et al.*, 1998) o inconsistentes para el caso

de muestras clínicas (Mancilla, Franco, Alvarez y Vázquez, 2003; Alvarez, Mancilla *et al.*, 2004). Este último dato es muy significativo y abre la interrogante de por qué se presenta dicha inconsistencia, la que aparentemente puede ser resultado de la forma en que se entiende y mide el perfeccionismo, generando un problema etimológico en la definición del constructo (Alvarez, 2000; Alvarez y Franco, 2001; Davis, Claridge y Cerullo, 1997; Franco, Mancilla, Vázquez, López y Alvarez, 2005; Mateo, 2002), siendo necesario realizar mayor investigación al respecto.

### **3. INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL DE DELGADEZ**

En tiempos prehistóricos, las mujeres consideradas bellas eran las gordas y embarazadas, lo que ligaba a la obesidad con la sexualidad y fertilidad. Todavía en la época victoriana, la obesidad en las mujeres reflejaba atractivo sexual, pecho y caderas abundantes eran signos de habilidad reproductiva. Mientras que en la actualidad, la moda y por ende la “norma” consiste en tener un cuerpo más parecido al de niñas prepuberales, es decir, muslos delgados, vientre plano y pechos firmes y redondos (que regularmente las artistas logran con cirugía). De esta manera se instituye una delgadez activa y voluntarista (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Específicamente en la cultura occidental, la sociedad y, en especial, los medios de comunicación enfatizan que la mujer delgada es atractiva, sana, feliz, popular, que goza de buena condición física y éxito; por tanto, la delgadez ha ido incrementando y extendiendo su valor como ideal cultural, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX (Abraham y Llewellyn, 1994; Cooper, 1995; Garrow y James, 1993; Striegel-Moore, 1995). Según Toro (2000), la estética de la delgadez se ha constituido e instituido teniendo como trasfondo una lucha entre naturaleza (características físicas de la persona) y delgadez forzada, afectando ésta a un alto porcentaje de mujeres que a causa de su cuerpo sufren física y moralmente, y algunas de ellas enferman, es decir, desarrollan algún TCA.



### 3.1. Publicidad

Como se ha mencionado, en nuestra época se experimenta un culto a la delgadez y exhibición pública del cuerpo. A raíz de la segunda guerra mundial se sucedieron cambios radicales en costumbres, valores y actitudes en la mayor parte de los países, supuso un replanteamiento del papel social de la mujer, su imagen y autoimagen. La post-guerra determinó la aparición de la falda corta, motivo por el cual las piernas femeninas quedaron al descubierto, hay que resaltar que razones prácticas determinaron este hecho, entre ellas: la dedicación al trabajo, el incremento de actividad física —subir y bajar escaleras—, y cumplir con horarios específicos; en resumen, un ritmo de vida más acelerado (Toro, 1996).

Dado que quedó al descubierto una parte del cuerpo femenino, se comienzan a practicar ciertas conductas con la finalidad de lucir una silueta más esbelta, por ejemplo, se practicaron dietas restrictivas o deportes como la gimnasia, cuyo objetivo se centraba en modificar el cuerpo o apariencia física de las mujeres. Asimismo, la aparición de los medios de comunicación de masas jugó un papel fundamental en la propagación del modelo de delgadez, facilitó una difusión manifiesta de páginas de moda en diarios y revistas; según Boehn (1994, cit. en Toro, 1996), la reproducción fotográfica de modelos permitió una mayor identificación de los observadores —las mujeres— con las modelos presentadas. Aunque cabe señalar, que entre más se alejaba la persona de las características físicas de las modelos, se daba una insatisfacción corporal. Fue precisamente en esta etapa histórica cuando la revista Vogue muestra modelos europeas que propiciaban la progresiva difusión del modelo corporal americano.

En suma, el culto a la delgadez —con líneas rectas—, las ocurrentes visitas masivas a playas, y por tanto, la exhibición del cuerpo —lo que conlleva a la competencia corporal—, cambios en el papel social de la mujer, difusión de prácticas deportivas y adelgazantes, desarrollo de la industria de la moda, homogeneización de contenidos publicitarios por parte de potentes medios de comunicación, ubicación del cuerpo como eje básico de la autoestima, son todos factores que parecen repercutir en la proliferación

de la sintomatología de los TCA (Toro, 2004).

En un estudio realizado por Garner (1980, cit. en Sherman y Thompson, 1999), se encontró que la evolución —a lo largo de 20 años (1959-1978)— de las dimensiones corporales de las modelos que aparecían en las páginas de *Play-boy* y de las aspirantes a los concursos de belleza, como el de *Miss América*, se han visto significativamente reducidas, los cuerpos se van tornando cada vez más delgados y tubulares, siguiendo una dirección opuesta a las características corporales de la mujer americana promedio (que se caracteriza por caderas anchas). Otro aspecto relevante a considerar es que en su mayoría las modelos son jóvenes —no tienen más de treinta años— y sucede que este grupo modélico va dirigido a toda la sociedad —mujeres de todas las edades—, así se potencia ya no sólo el culto a la delgadez, sino a la juventud. Pero la situación de la mujer se complica aún más si se presta atención a que el estereotipo se asemeja a formas aniñadas, es decir, se supone que las mujeres deben tener cintura, caderas y piernas delgadas pero con la parte superior del cuerpo más musculosa (como la modelo Elle Macpherson), aunque su cuerpo se asemeje más a la forma tradicional masculina (Trigo, 1995, cit. en Toro, 1996).

Como se puede apreciar, estos datos reflejan que aparentemente se niega o rechaza la forma física natural de la mujer (un cuerpo con caderas y muslos más redondos en proporción con la parte superior del cuerpo). Precisamente Guillemot y Laxenaire (1994) enfatizan que actualmente las mujeres tienen el derecho de exhibir sus cuerpos con la condición de que sus curvas se sometan a las exigencias de la pierna larga, el vientre plano y el pecho alto, en definitiva, la regla es “guardar la línea”, como las modelos o artistas que si cumplen con estos requisitos estéticos.

Los modelos estéticos que enfatizan la delgadez, son difundidos y miles de personas las quieren imitar, si creen no coincidir con ellas en el aspecto físico pueden desesperarse y tomar decisiones dramáticas, como practicar dietas restrictivas, ayuno, ejercicio excesivo, etc., aumentando con ello el riesgo de padecer algún TCA (Toro, 1996).

Como vemos, para la industria de la belleza es vital que la gente crea que puede resaltar su atractivo o modificar su forma corporal, para tal fin se menciona la palabra *díeta* en las portadas de las revistas, pues se venden siete mil números más realizando esto. David Garner en 1980 encontró que el número de artículos referidos a dietas en las revistas femeninas aumentó en un 70% en los últimos diez años (cit. en Toro, 1996), dado que delgadez corporal se asocia a elegancia o prestigio, esto es, la imagen es importantísima y cuidar del cuerpo significa estar delgada, por tanto, quien no está delgada no cuida de su cuerpo y ello tiene repercusiones, lo cual se ve reflejado en algunos aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo, el talle único de las tiendas les queda estrecho a la mayoría de las mujeres —dado que son tallas muy reducidas— o no pueden entrar a los “antros” por ser mal parecidos físicamente, o en los trabajos los discriminan por aspectos físicos —no tienen presentación—. Es importante recordar que bajo este esquema, cuando se habla de un cuerpo ideal, no se hace referencia a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en este determinado momento (Trigo, 1995, cit. en Toro, 1996).

Por otro lado, Steirlen y Weber (1990) señalan que la sociedad moderna brinda a la mujer más oportunidades de autorrealización —en comparación a épocas anteriores— en lo referente a participar en el mundo laboral y a la disminución de la actividad doméstica tradicional, ello conlleva la necesidad de que las mujeres tomen más decisiones, mantengan su identidad frente a las metas y expectativas en un ambiente dominado todavía por los hombres, pero a su vez, se ven expuestas a expectativas abiertas y encubiertas en el sentido de que deben ser maternales, femeninas, atentas y generosas, y al mismo tiempo sexualmente deseables.

Sin duda, es normal y sana la preocupación por mejorar la imagen, sin embargo, deja de serlo cuando implica preocuparse en demasía, dejar de comer, ayunar periódicamente, usar laxantes o diuréticos, hacer ejercicio compulsivamente o, en casos extremos, recurrir a medios quirúrgicos que ponen en peligro nuestra salud, puesto que no se advierte acerca de los riesgos que implica el uso enajenado de las prácticas para la reducción de peso (Alvarez, Mancilla, Martínez *et al.*, 1998; Sánchez, 2000).

Además de los mensajes o imágenes proadelgazamiento presentes en revistas “femeninas” bajo justificaciones ponderalmente estéticas (Gutiérrez, 2002), se ha encontrado que el papel nocivo de los medios de comunicación también se amplía a la televisión. Tiggemann y Pickering (1996) investigaron la relación entre la exposición a programas de televisión —que contemplan mujeres con escasa ropa, programas de deportes y videos que presentan mujeres delgadas asociando dicha característica con la belleza— y la insatisfacción corporal. Ellos encontraron que fueron principalmente los videos musicales los que inducen en mayor grado la insatisfacción corporal. Resultados similares fueron encontrados posteriormente por Borzekowski, Robinson y Killen (2000), quienes examinaron la relación entre el uso de medios electrónicos (televisión, videojuegos y videos musicales) con preocupación por la apariencia física y el peso en mujeres adolescentes. Sus hallazgos muestran que únicamente los videos musicales estuvieron relacionados con la preocupación por la apariencia y peso, esto debido a que exponen mujeres delgadas, asociando a la delgadez con el éxito y la belleza.

Stice, Schupak-Neuberg, Swaw y Stein (1994, cit. en Vázquez, 1997) ya habían encontrado que tras la exposición de anuncios que promueven como ideal una extrema delgadez del cuerpo, aumentaba significativamente la insatisfacción corporal, confirmando así la relación directa que existe entre la exposición a los medios de comunicación y la presencia de sintomatología de TCA.

Más recientemente, Hee-Lee, Lennon y Rudd (2000) estudiaron en una muestra de mujeres que realizaban compras por televisión, el grado en que está relacionado el consumir compulsivamente con los síntomas de TCA, encontraron que ambas variables estuvieron positivamente relacionadas pero también se asociaron positivamente con la exposición al canal de ventas por televisión; además hallaron que presentan rasgos en común como: baja autoestima, obsesividad y escaso control de impulsos. En este estudio se confirma nuevamente la influencia negativa que pueden tener los medios de comunicación, sin embargo, no se puede luchar contra ellos, pero en el seno de la familia sí se puede cuestionar la ideología imperante y jerarquizar los valores según la

importancia que tienen para nuestra salud física y mental, pero desafortunadamente no es la norma que las cosas sucedan de esta forma en la mayoría de las familias.

### **3. 2. Familia**

Es innegable que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías dominantes en cada época social. Los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que adquirieron durante el crecimiento, al grado que los ideales de la familia y los de la sociedad suelen reforzarse mutuamente hasta el punto de confundirse ambos (Duker y Slade, 1995; Stierlen y Weber, 1990).

Por estas razones, resulta importante indagar acerca del papel que juega la familia en la transmisión de valores estéticos y, más específicamente, qué conductas asumen a favor de la valoración del modelo de delgadez, pues los padres influyen en la autoestima de sus hijos mediante la valoración que hacen de ellos, y la valía de su figura resulta ser especialmente importante para su autoestima (Vázquez, 1997).

Al respecto, algunos investigadores han estudiado la influencia de los padres, hermanos, amigos y medios de comunicación electrónicos sobre la imagen corporal (Dominy, Jonson y Koch, 2000; Szmukler, Dare y Treasure, 1995), encontrando que además de los medios, los comentarios negativos de madres y amigas tenían un impacto –también negativo– sobre la imagen corporal.

En otro estudio realizado por Pierce y Wardle (1993) se encontró que la autoestima de los niños de 9 a 11 años disminuía significativamente ante las opiniones negativas que sus padres tenían acerca de sus cuerpos; los varones consideraban negativo que se les describiera como excesivamente delgados, mientras que a las niñas les desagradaba ser “gorditas”. Asimismo, Thelen y Cormier (1995) estudiaron diversas características de las familias de niños y niñas de 9 a 10 años de edad, constatando que tres de cada cuatro padres y/o madres alentaban a sus hijos e hijas para que controlaran su peso.

Pese a esta igualdad entre padres y madres, los niños y niñas estudiados percibían como más frecuente y potente la presión pro-adelgazante ejercida por las madres. Resulta interesante que el 86% de las madres habían practicado dietas restrictivas en alguna ocasión y un 57% lo habían hecho tres o más veces a lo largo de su vida. En cualquier caso, el 28% de las niñas y el 21% de los niños ya habían llevado a cabo regímenes restrictivos para adelgazar, siendo mayoritario en ambos sexos el deseo de estar más delgados.

Actualmente no se sabe con precisión si son las madres las que le dan más importancia a los posibles incrementos de peso en sus hijas o si son éstas las que toman como modelo a la madre, pero de cualquier forma, la conducta restrictiva de ésta parece ser nociva en ambos casos. Incluso, se ha encontrado en jóvenes japonesas de 17 años, como la primera fuente de influencia para iniciar una dieta (49%), en comparación de amigas (13%) y hermanas (11%), (Mukai, Crago y Shisslak, 1994, cit. en Vázquez, 1997).

De los estudios anteriores se extraen datos interesantes, puesto que refleja claramente que los padres modelan la preocupación por el peso y las dietas animan los intentos de perder peso y que la transmisión de valores estéticos y alimentarios aumenta cuando las madres de los niños tienen una historia relevante de dietas restrictivas, sino es que un TCA. Sobre este último punto, Stein, Woolley y Mcpherson (1999) encontraron que la psicopatología de madres con TCA —preocupación exacerbada por su peso y figura corporal, así como el contenido calórico de los alimentos— interfiere en la interacción con sus hijos —de la primera infancia— a la hora de darles de comer, dado que son incapaces de hacer a un lado sus propias preocupaciones acerca de los alimentos, regularmente se manifiestan estresadas e incapaces de reconocer y satisfacer las propias necesidades del niño. Con base a estos datos, los autores concluyen que los problemas alimentarios en la infancia, como rechazar los alimentos o las situaciones desagradables que se asocian con los alimentos incrementa el riesgo de presentar un TCA en la adolescencia o edad adulta.

Los resultados encontrados por Pike y Rodin (1991) constatan dicha afirmación, dado que comparó las actitudes y conductas de las madres de pacientes con TCA con las de madres de adolescentes de un grupo control, con el fin de evaluar las alteraciones en el comportamiento alimentario, nivel de satisfacción con el peso corporal y la imagen corporal, así como índice de adaptación y cohesión familiar. Encontró que las madres de las pacientes puntúan más alto que las del grupo control en conducta alimentaria anómala e insatisfacción respecto a la imagen corporal, la mayoría manifestó también antecedentes de dietas restrictivas, y lo más significativo es que encontraban a sus hijas menos atractivas, puntuando el atractivo incluso por debajo de lo que lo puntuaban las propias pacientes respecto a sí mismas, este hecho señala el alto grado de exigencia respecto a sus hijas y una probable presión sobre éstas para que estén más delgadas.

Vázquez (1997) opina que en el caso de las familias con TCA, la investigación aún es muy limitada y reciente, no obstante, se ha podido comprobar que es más probable el desarrollo de una patología alimentaria en familias que presentan simultáneamente una disfunción familiar, excesiva preocupación por el peso corporal y la apariencia física así como la existencia de dietas restrictivas en algún miembro de la familia.

De esta manera, Vázquez y Raich (1997) evaluaron las actitudes paternas hacia el peso, la dinámica familiar y los hábitos alimentarios en familias (madre, padre e hija) con TCA. Los resultados mostraron una concordancia importante entre madres e hijas en sus percepciones familiares y en sus hábitos alimentarios (son más restrictivas que los padres en sus comidas de media mañana y merienda, comen más rápido y mastican poco o nada, y ante el nerviosismo comen); aunque las hijas fueron significativamente más sensibles a los estereotipos culturales que ambos padres.

Posteriormente, Vázquez, Alvarez, Mancilla y Raich (2000) identificaron también que los padres de las jóvenes del grupo clínico tuvieron un alto índice de frecuencia de dietas restrictivas y percibieron a su vez, menores actividades sociales, así como mayor fomento de la organización y orientación al logro. Asimismo, en el 2001 Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez y Mancilla hallaron que el grupo clínico tuvo significativamente mayor

malestar con su imagen corporal y mayor susceptibilidad a la influencia de la publicidad, los mensajes verbales, los modelos sociales y las situaciones sociales que promueven estereotipos corporales de delgadez.

Tomando como base estos datos no es de extrañar, como lo afirman Duker y Slade (1995), que muchas pacientes con anorexia o bulimia pasen las primeras etapas de la enfermedad con la cooperación plena de sus progenitores (como ya se mencionó, ellos los alientan a perder peso), y no es coincidencia tampoco que en la mayoría de los casos en su preocupación excesiva por mantener una figura delgada además de dietas restrictivas recurran a la actividad física, en la que regularmente desarrollan una excelente capacidad, la cual sus padres refuerzan inscribiéndolas en escuelas de alto rendimiento deportivo, academias de ballet, teatro o modelaje.

Esto deja ver claramente la influencia que tiene la familia como factor de riesgo o mantenedor de TCA, no es extraño escuchar a los padres decir: “hay que cuidar la silueta, ojo con engordar, estás comiendo mucho pan”, entre otros comentarios. Crispo *et al.* (1996) mencionan al respecto, que existen razones para preocuparse sobremanera por la incidencia que tendrá sobre la próxima generación de jóvenes, el ser hijos de los padres más obsesionados con el peso y la figura corporal que hayan existido en todos los tiempos.

### **3.3. Pares**

Aparte de la sociedad y la familia, los amigos o personas de edad similar a la de los adolescentes influyen en la manifestación de una excesiva preocupación por el peso y forma corporal. Como bien lo afirman Ricciardelli, McCabe y Banfield (2000), los pares son también una importante influencia de socialización durante la adolescencia, y uno de los principales mecanismos a los que recurren en esta etapa es a la comparación social, esto involucra actitudes, conductas y logros. Ricciardelli *et al.* encontraron que las comparaciones que realizan las mujeres sobre su forma corporal se ven influidas en mayor grado por la imagen del cuerpo. Si estas contrastaciones son con mujeres



percibidas socialmente como atractivas (acorde al modelo estético corporal de delgadez), existe el riesgo de que presenten insatisfacción corporal, y por tanto, el inicio de conductas relacionadas con dieta, esto con la finalidad de modificar su figura.

En una encuesta realizada en Barcelona con 675 adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años de edad, Martínez y Mallén (1993, cit. en Toro, 1996) encontraron que el 63% de los participantes confesaron su preocupación por el excesivo tamaño de sus caderas y muslos, mientras que el pecho sólo lo fue en el 22% de los casos; el 46% de esa población ha hecho ejercicio para adelgazar durante alguna temporada, pero sólo el 10% lo ha hecho más de tres temporadas; mientras que el 35% ha seguido algún régimen para adelgazar durante una o dos temporadas. Hay que tener presente que hacer ejercicio y seguir una dieta restrictiva son los dos factores de riesgo inmediatos para la anorexia nerviosa. Otro aspecto relevante es que el 73% de las jóvenes dijeron tener amigas o compañeras que estaban siguiendo dietas adelgazantes y particularmente el 32% señalaron que son tres o más las amigas o compañeras que seguían algún régimen para adelgazar. El 61% tiene amigas que practican ejercicio físico con esa misma intención y el 90% reconoce que las conversaciones sobre el peso o el aspecto físico son sumamente frecuentes en su grupo de coetáneas.

Estos resultados ponen de manifiesto la influencia que tienen las adolescentes en su grupo de amigas, no hay que olvidar que están en una edad en la que los valores y costumbres se viven colectivamente como señas de identidad, principalmente si conciernen a factores asociados con la autoestima, en donde el cuerpo es uno de los principales elementos (Martínez y Mallén, 1993, cit. en Toro, 1996). Otro aspecto a resaltar en dicho estudio es que el 63% subraya que además del cuerpo delgado envidian la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante.

También Toro, Salamero y Martínez (1994) encontraron que la influencia de un grupo de amigas que seguían una dieta o practicaban ejercicio y estaban preocupadas por el excesivo tamaño de sus caderas y muslos, parece constituir un significativo factor

de riesgo para desarrollar anorexia nerviosa. Asimismo, la presencia de una hermana(o) con gran preocupación por su peso corporal y con alta frecuencia de dietas restrictivas, puede tener una influencia negativa en sus hermanos (Robin, Siegel, Koepke, Moye y Tiece, 1994).

Considerando los datos descritos a lo largo de este capítulo, se corrobora la influencia que tiene la cultura de la delgadez como factor de riesgo para el desarrollo de TCA, particularmente el cómo la familia puede reproducir en sus miembros los valores estéticos imperantes, y a su vez, estos individuos al entrar en contacto con otros que proceden también de familias que enfatizan la importancia del modelo estético corporal de delgadez, se identifican y por ende refuerzan, mantienen y van reproduciendo dicho valor estético a lo largo del tiempo. Sin embargo, hay que recordar que a lo largo de los capítulos se ha mencionado que los TCA son multidimensionales, dado que además de la sintomatología característica tanto en anorexia como en bulimia nerviosas influyen factores personales asociados. como son: el miedo a madurar, desconfianza interpersonal, ineficacia, etc. que aumentan la complejidad de estos trastornos y por tanto, se necesitan instrumentos de medición validos y confiables para valorarlos.

#### **4. TAMIZAJE O VALORACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

Entre los instrumentos de tamizaje ampliamente utilizados para la detección de los síntomas asociados a los TCA (anorexia y bulimia nerviosas) se encuentran los autoinformes o autoreportes, ejemplo de ellos son el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT) y el Test de Bulimia (BULIT), o bien, de algunas variables asociadas a los TCA como son ciertos factores cognitivos (insatisfacción corporal, miedo a madurar, motivación para adelgazar, ineficacia, desconfianza interpersonal o perfeccionismo) o la influencia sociocultural que promueve la interiorización del modelo estético corporal de delgadez, que son evaluadas por el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), respectivamente. De estos

cinco instrumentos se describirán a continuación sus respectivas validaciones, con el objetivo de detallar sus cualidades psicométricas.

#### **4.1. Test de Actitudes hacia la Alimentación**

Garner y Garfinkel (1979) desarrollaron el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT) debido principalmente a la relativa ausencia de objetividad en la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales característicos de la anorexia nerviosa. En aquel tiempo, Slade y Russell (1973) habían desarrollado una escala de 22 ítems para evaluar conducta anoréxica, la cual valoraba tres dimensiones: 1. Resistencia a comer, 2. Métodos de eliminación del alimento y 3. Sobreactividad. Los resultados reportados por Slade y Russell incluyeron a 12 pacientes anoréxicas y 12 control, encontrando que los grupos difirieron significativamente en cuanto al índice de dichas conductas. Sin embargo, aunque esta escala resultó útil en el escenario de pacientes internados, tuvo varias limitaciones: primero, la muestra en la que la escala fue validada era muy pequeña; segundo, no hay evidencia de que las clasificaciones fueran imparciales, puesto que los observadores pudieron tener conocimiento del propósito del estudio o el diagnóstico de los pacientes; tercero, las preguntas requerían observaciones prolongadas para establecer –en cada caso- un juicio representativo; y cuarto —y de gran relevancia— es que la escala consideraba únicamente tres dimensiones de la conducta anoréxica, por lo que no brindaba información respecto a otras características conductuales que pudieran ser igualmente representativas del trastorno, tales como alteraciones en la imagen corporal, déficit interoceptivo y síntomas psicobiológicos como es la amenorrea.

De ahí, que el objetivo de Garner y Garfinkel (1979) fuese desarrollar y validar una escala de clasificación que pudiera utilizarse en la evaluación objetiva de un amplio rango de conductas y actitudes presentes en la anorexia nerviosa; y asimismo, cubriese el requerimiento de ser un instrumento económico, en términos de administración y ahorro de tiempo, para la evaluación o pronóstico de dicho trastorno. Partiendo de dichas premisas, Garner y Garfinkel crearon y validaron el EAT en

mujeres canadienses, (ver primeras dos columnas de la Tabla 1A).

**TABLA 1-A**

<b>DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL EAT (Garner y Garfinkel, 1979)</b>		<b>VALIDACIÓN FACTORIAL</b> (Garner <i>et al.</i> , 1982)
<b>1ª . Fase. Construcción de la versión preliminar</b>	<b>2ª . Fase. Validación de la versión final</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseñaron 35 ítems preliminares que reflejaban un amplio rango de actitudes y conductas reportadas por las pacientes anoréxicas (AN).</li> <li>- Se aplicaron en 32 pacientes con AN y 34 control.</li> <li>- 23 de los ítems diferenciaron en la dirección predictiva (<math>p &lt; 0.001</math>).</li> <li>- Obtuvieron un coeficiente de validez global de <math>r = 0.72</math> (<math>p &lt; 0.001</math>).</li> <li>- Los 12 ítems restantes fueron eliminados o reordenados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se agregaron 17 nuevos ítems.</li> <li>- Aplicaron la nueva versión a 33 pacientes con AN y 59 control.</li> <li>- Se obtuvo un coeficiente de validez global de <math>r = 0.87</math> (<math>p &lt; 0.001</math>), y coeficiente alfa de Cronbach de 0.79 para AN y de 0.94 para AN y control.</li> <li>- También se aplicó a 49 hombres control y 16 obesos, diferenciando en la dirección predictiva (<math>p &lt; 0.001</math>).</li> <li>- Se establece el punto de corte (P.C.) <math>\geq 30</math>, obteniendo con éste 13% de falsos positivos y 7% de falsos negativos.</li> <li>- El análisis factorial arrojó 7 factores: 1. Preocupación por la comida, 2. Imagen corporal e idealización de la delgadez, 3. Autoprovocación del vómito o abuso de vomitivos y laxantes, 4. Dieta restrictiva, 5. Comer lento, 6. Comer clandestinamente y 7. Presión social percibida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicaron la versión de 40 reactivos del EAT a 160 mujeres con AN y 140 control.</li> <li>- El análisis factorial derivó tres factores: 1. Dieta, 2. Atracón y perocupación por la comida, y 3. Control oral.</li> <li>- A partir de los reactivos agrupados se derivó una versión abreviada, el EAT-26, la que mostró estar significativamente correlacionada con el EAT-40 (<math>r = 0.98</math>).</li> </ul>

Tabla 1-A. Resumen de los estudios iniciales de validación del EAT.

Los datos obtenidos por Garner y Garfinkel (1979) sugieren que el EAT es un índice objetivo y válido para la detección de los síntomas frecuentemente observados en la anorexia nerviosa, y puede también ser útil como un instrumento de detección para identificar actuales o incipientes casos en poblaciones que presentan alto riesgo para desarrollarla. También es útil para el pronóstico, en medida de que este instrumento mostró capacidad para detectar los posibles casos desde la etapa inicial de la enfermedad. Sin embargo, una vez que los autores reconocen que el tamaño de

la muestra en dicho estudio fue más pequeño que el óptimo para poder realizar un análisis factorial, los resultados representan una primera aproximación.

En un estudio posterior Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982) realizaron un nuevo análisis factorial del EAT, (ver tercera columna de la Tabla 1A). Estos autores concluyeron que la versión breve del EAT (EAT-26) también es un instrumento fiable, válido y económico que puede ser utilizado como una medida objetiva de los síntomas de anorexia nerviosa.

Dado el extenso uso del EAT con fines tanto epidemiológicos, clínicos (detección y pronóstico) así como de investigación —tanto en estudios transculturales como longitudinales— su versión de 40 reactivos fue traducida al idioma español y validada en población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991), (ver primera columna de la tabla 2A). Cabe resaltar que la validación de la versión española del EAT mostró algunas diferencias importantes respecto a los datos reportados en la validación original (Garner y Garfinkel, 1979), la más relevante fue en lo que respecta al punto de corte, ya que usando el de 30, la sensibilidad del cuestionario se redujo a 67.9%, contra el 100% observado en el estudio original; mientras que en el estudio de Castro *et al.* con el punto de corte de 20 obtuvieron una sensibilidad del 91%. Estos autores argumentan que ello pudo deberse a que su grupo con AN obtuvo una puntuación promedio en el EAT 13.7 puntos por debajo de la menor puntuación del grupo de Garner y Garfinkel. Sin embargo, esta menor puntuación pudo haberse asociado con la edad de las pacientes, ya que la edad promedio de su muestra fue también significativamente menor a la del estudio de Garner y Garfinkel, por lo que suponen que a mayor edad puede estar presente un trastorno con mayor duración, extensión e intensidad sintomática. Castro *et al.* argumentan que otra posible razón es que Garner y Garfinkel trabajaron con pacientes que estaban en tratamiento, mientras que en el estudio con población española la aplicación del EAT se llevó a cabo durante la primera entrevista o inmediatamente después, lo cual hace posible que en esta segunda condición, las pacientes hayan denegado o falseado la información.

**TABLA 2-A**

VALIDACIÓN EN MUJERES ESPAÑOLAS	VALIDACIÓN EN MUJERES MEXICANAS	
Castro <i>et al.</i> (1991)	Alvarez, Vázquez <i>et al.</i> (2002)	Alvarez, Mancilla <i>et al.</i> (2004)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el EAT-40 a 78 pacientes con AN y 78 mujeres control.</li> <li>- 60% de los ítems alcanzaron una correlación significativa (<math>p=0.001</math>) y seis tuvieron un valor bajo (<math>p&lt;0.01</math>).</li> <li>- Conjuntando ambos grupos <math>\alpha</math> de 0.93 y para AN de 0.92.</li> <li>- Coeficiente global de validez de <math>r=0.61</math> (<math>p=0.001</math>) y se confirmó la dirección predictiva del test (<math>p&lt;0.0001</math>).</li> <li>- El análisis factorial derivó 3 factores que explicaron 41% de la varianza: 1)Dieta y preocupación por la comida, 2) Presión social percibida y 3)Trastornos psicobiológicos.</li> <li>- Establecieron P.C. de 20, con sensibilidad de 91%, pero especificidad de 69%.</li> <li>- 27 pacientes que fueron reevaluadas tras la remisión clínica presentaron una disminución significativa en su puntuación en el EAT (<math>t=7.18</math>, <math>p&lt;0.001</math>), situándose en un rango similar al del grupo control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el EAT-40 a 2169 mujeres estudiantes.</li> <li>- Los 40 reactivos correlacionaron de manera positiva con la puntuación total (<math>p=0.0001</math>), pero solo cinco con <math>r&gt;0.50</math>.</li> <li>- <math>\alpha</math> de Cronbach= 0.72.</li> <li>- El análisis factorial derivó 7 factores que explicaron 37% de la variabilidad total: 1. Motivación para adelgazar (<math>\alpha=0.79</math>), 2. Evitación de alimentos engordantes (<math>\alpha=0.63</math>), 3. Preocupación por la comida (<math>\alpha=0.64</math>), 4. Presión social percibida (<math>\alpha=0.69</math>), 5. Obsesiones y compulsiones (<math>\alpha=0.51</math>), 6. Patrones y estilos alimentarios estereotipados (<math>\alpha=0.57</math>), y 7. Conductas compensatorias (<math>\alpha=0.53</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participaron 276 mujeres con TCA (52 AN, 102 BN, 122 TANE) y 280 control.</li> <li>- Para ambos grupos <math>\alpha=0.93</math>, específicamente 0.90 para TCA.</li> <li>- El coeficiente de validez global fue <math>r=0.70</math> (<math>p=0.0001</math>), sin embargo, incrementaba al excluir el diagnóstico de TANE (<math>r=0.77</math>).</li> <li>- El análisis factorial derivó cinco factores que explicaron 46% de la varianza: 1. Dieta restrictiva (<math>\alpha=0.88</math>), 2. Bulimia (<math>\alpha=0.87</math>), 3. Motivación para adelgazar (<math>\alpha=0.85</math>), 4. Preocupación por la comida (<math>\alpha=0.77</math>), y 5. Presión social percibida (<math>\alpha=0.76</math>).</li> <li>- Se confirma la dirección predictiva de los cinco factores (<math>p=0.0001</math>).</li> <li>- Establecieron P.C. <math>\geq 28</math>, con sensibilidad de 94% y especificidad de 86% para AN y BN (con 16% de falsos positivos); el P.C. de 22 para TANE, con sensibilidad de 94% y especificidad de 86% (17% de falsos positivos y 6% de falsos negativos).</li> </ul>

Tabla 2-A. Resumen de los estudios de validación del EAT en España y México.

Asimismo, y en virtud de la importancia internacional que se le ha otorgado al EAT, Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmistré (2002) realizaron la evaluación de las propiedades psicométricas del EAT-40 en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas, específicamente en lo que se refiere a la consistencia interna, y a la validez factorial y predictiva del mismo (2ª. columna de la Tabla 2A.). Mientras que en un segundo estudio Alvarez, Mancilla *et al.* (2004) reevaluaron las propiedades

psicométricas del EAT-40 en una muestra clínica de mujeres mexicanas (3ª. columna de la Tabla 2A.). Este estudio confirmó una vez más que el EAT es un instrumento firme en sus constructos a pesar de los continuos y profundos cambios conceptuales y diagnósticos –resultado de las últimas tres décadas– sobre la comprensión de los TCA. Asimismo, Alvarez, Mancilla *et al.* plantean que el confirmar la fiabilidad y validez del EAT –con fines de tamizaje– facilita dos metas básicas. A nivel clínico, permite una identificación de posibles casos de TCA que pueden ser confirmados mediante la entrevista clínica, y a su vez, facilitar una intervención temprana; y con fines de investigación, permite llevar a cabo investigaciones epidemiológicas sobre los síntomas o factores de riesgo de TCA en población comunitaria o con alto riesgo.

#### **4.2. Test de Bulimia**

El Test de Bulimia (BULIT) se desarrolló dadas las dificultades en el trabajo clínico y de investigación en bulimia nerviosa específicamente, por la ausencia de procedimientos de evaluación válidos y fiables. Antes de la creación y utilización del BULIT se empleaban tres medidas de TCA, éstas eran: la Escala de Alimentación Compulsiva (CES), la Escala de Atracón (BES) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI).

Sin embargo, Smith y Thelen (1984) advierten que la CES (Ondercin, 1979, cit. en Smith y Thelen, 1984) es una medida diseñada específicamente para evaluar síntomas de atracón, pero no evalúa todas las conductas características de la bulimia nerviosa (p.e. conductas compensatorias). En tanto que la BES fue desarrollada por Hawkins y Ciment (1980, cit. en Smith y Thelen, 1984) para evaluar el atracón, pero no para diferenciar mujeres con niveles clínicos de bulimia nerviosa respecto a sujetos control que pueden reportar periodos de atracón. Finalmente, el EDI (Garner *et al.*, 1983) fue diseñado para la evaluación de las características psicológicas y conductuales comunes en anorexia y bulimia nerviosas, y si bien el EDI contiene una escala que evalúa síntomas de bulimia, fue diseñada para identificar a los individuos con anorexia restrictiva respecto a los del tipo purgativo, y no está validada como una

medida para detectar específicamente bulimia nerviosa.

De lo anterior la necesidad de crear un método de evaluación que cumpliera con los siguientes requerimientos: 1) Distinguir entre individuos que exhiben el síndrome de bulimia nerviosa respecto a quienes no, 2) Distinguir los casos de bulimia con respecto a los de otro TCA, 3) Distinguir entre los tipos de bulimia con base a criterios particulares (p.e. severidad del vómito, purgas y conductas de ayuno) y 4) Diferenciar entre individuos que nunca han buscado tratamiento de los que si lo han recibido. Y precisamente el BULIT fue desarrollado para hacer frente a dichas necesidades. Fue creado y validado originalmente en población estadounidense por Smith y Thelen (1984), bajo un procedimiento constituido por tres etapas (Tabla 3A).

Si bien Smith y Thelen (1984) encontraron que el cuestionario es deficiente en cuanto a su sensibilidad, ellos consideraron que estos estadísticos –que refieren la capacidad predictiva del BULIT en una población no clínica– pueden representar una subestimación de la verdadera capacidad de la escala, debido a que el método de muestreo empleado para seleccionar a los sujetos resultó en una sobrerrepresentación de las puntuaciones cercanas al punto de corte, sobre todo porque estos sujetos fueron más difíciles de clasificar que aquellos con puntuaciones extremas. Por tanto, Smith y Thelen concluyen que el BULIT demostró ser una medida objetiva, fiable y válida para identificar individuos con síntomas de bulimia nerviosa. Además, la participación de sujetos diagnosticados clínicamente con bulimia como grupo criterio, proporcionó la ventaja de sustentar el empleo del BULIT para detectar individuos en la población general que sufren de bulimia nerviosa o están en riesgo de desarrollarla. Utilizando un punto de corte de 102, los investigadores pueden tener la certeza que los sujetos que se encuentran en esta puntuación o la rebasan, verdaderamente manifiestan sintomatología bulímica. Así, el BULIT puede ser utilizado como una herramienta de tamizaje para identificar actuales o incipientes casos de bulimia antes de que lleguen a ser crónicos.



**TABLA 3-A**

<b>DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL BULIT (Smith y Thelen, 1984)</b>		
<b>1ª . Etapa</b>	<b>2ª . Etapa</b>	<b>3ª . Etapa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fueron creados 75 ítems preliminares que reflejaban los criterios diagnóstico para BN.</li> <li>- Se administraron a 18 mujeres con BN y 119 control.</li> <li>- Se confirmó la dirección predictiva de 45 de los reactivos (<math>p= 0.0001</math>).</li> <li>- Se conservan únicamente 30 reactivos en medida de que había áreas sintomáticas sobrerrepresentadas y discriminaron menos que otros dentro de las mismas áreas.</li> <li>- La puntuación total con 30 reactivos confirmó la dirección predictiva (<math>p= 0.0001</math>).</li> <li>- El coeficiente de validez global fue <math>r= 0.80</math> (<math>p= 0.0001</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se agregaron 6 reactivos concernientes a dieta restrictiva y vómito, dado que ninguno de los ítems preliminares al respecto confirmaron la dirección predictiva.</li> <li>- Se aplicó a 20 mujeres con BN y 94 control.</li> <li>- Se confirma dirección predictiva de los 36 reactivos y la puntuación total (<math>p= 0.0001</math>).</li> <li>- Se propone el P.C.= 102, sólo 1 BN y 2 control fueron mal clasificados.</li> <li>- Se aplicó el test a 14 pacientes con AN, 6 rebasaron el P.C. Esto es consistente con el porcentaje reportado en casos de AN que presentan conductas bulímicas, sin embargo se distinguen con facilidad de los casos "puros" de BN, tomando en cuenta otros criterios (p.e. amenorrea y pérdida de peso).</li> <li>- A las mujeres con BN y control se les aplicaron la BES y el EAT. Con la primera se obtuvo un coeficiente de correlación de <math>r= 0.93</math> (<math>p&lt; 0.0001</math>); en tanto que con el EAT fue <math>r= 0.68</math> (<math>p&lt; 0.0001</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el BULIT a 652 mujeres estudiantes, sólo 4% rebasó el punto de corte.</li> <li>- Se reaplicó el BULIT a 22 de las 28 participantes con BN de la etapa 2.</li> <li>- Se obtuvo fiabilidad (test-postest) de <math>r= 0.87</math> (<math>p= 0.0001</math>).</li> <li>- Respecto a la validez discriminante (con entrevista como criterio externo) se determinó 89% de especificidad y 64% de sensibilidad.</li> <li>- El análisis factorial derivó 5 factores que explicaron 39% de la varianza total: 1) Atracción, 2) Sentimientos negativos posteriores al atracón, 3) Autoinducción del vómito, 4) Preferencias alimentarias, y 5) Fluctuaciones del peso. Sin embargo, estos dos últimos solo contenían dos reactivos, por lo que no podrían ser considerados factores (Yela, 1997).</li> </ul>

Tabla 3-A. Resumen del estudio inicial de validación del BULIT.

Posteriormente, Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991) llevaron a cabo una revisión de las propiedades psicométricas del BULIT, debido a que los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa fueron modificados en la tercera edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales –DSM-III-R–* (APA, 1987). Dos de los criterios incluidos en esta última versión y ausentes en el DSM-III (APA,

1980) fueron: la especificación de la frecuencia de los episodios de atracón (dos episodios a la semana por un mínimo de tres meses) y mórbida preocupación por el peso y la forma corporal. La reevaluación del BULIT la realizaron nuevamente mediante tres etapas (Tabla 4A) y, a partir de dicho estudio, Thelen *et al.* concluyen que el BULIT-R es una medida fiable y válida para identificar individuos que tienen bulimia nerviosa, por ende, puede ser utilizado con fines de tamizaje y, junto a una entrevista de diagnóstico clínico, el cuestionario puede ser apropiado en investigaciones epidemiológicas.

**TABLA 4-A**

<b>REEVALUACIÓN DEL BULIT (Thelen <i>et al.</i>, 1991)</b>		
<b>1ª. Etapa</b>	<b>2ª. Etapa</b>	<b>3ª. Etapa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participaron 24 mujeres con BN que estaban en tratamiento y un grupo control (n= 116).</li> <li>- La versión comprendió 58 ítems (los 36 originales del BULIT y 22 nuevos con base a los criterios del DSM-III-R).</li> <li>- 28 fueron los que mejor discriminaron entre los grupos (<math>p= 0.001</math>), los cuales conservaron en una versión abreviada (BULIT-R).</li> <li>- El coeficiente de validez global fue <math>r= 0.74</math> (<math>p= 0.0001</math>).</li> <li>- Establecieron el <math>P.C. \geq 104</math>, solo 5 sujetos fueron mal clasificados (2 BN y 3 control).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicaron el BULIT-R a 23 mujeres con BN y 157 control.</li> <li>- Se confirmó la dirección predictiva del test (<math>p= 0.001</math>) y de los 28 reactivos.</li> <li>- Conjuntando ambos grupos, el coeficiente <math>\alpha</math> de Cronbach fue 0.97.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el BULIT-R a 1739 mujeres estudiantes, solo 3% rebasó el P.C. de 104.</li> <li>- El coeficiente de fiabilidad test-retest de 98 sujetos elegidos al azar fue <math>r= 0.95</math> (<math>p &lt; 0.0001</math>).</li> <li>- Se confirmó la dirección predictiva de la puntuación total (<math>p= 0.0001</math>) y los 28 ítems (<math>p \leq 0.001</math>).</li> <li>- La especificidad fue del 82%, pero la sensibilidad solo del 62%, por lo que sugieren el <math>P.C. \geq 85</math> con fines de tamizaje.</li> <li>- El análisis factorial derivó 5 factores que explicaron 46.8% de la varianza total: 1. Atracón, 2. Ayuno como conducta compensatoria e insatisfacción corporal, 3. Consumo de laxantes y/o diuréticos, 4. Vómito autoinducido, y 5. Práctica de ejercicio como conducta compensatoria.</li> <li>- En 819 sujetos no clínicos se correlacionó con la BES (<math>r= 0.85</math>, <math>p= 0.0001</math>) y la versión original del BULIT (<math>r= 0.99</math>, <math>p= 0.0001</math>).</li> </ul>

Tabla 4-A. Resumen del estudio de reevaluación del BULIT.

Es importante mencionar que también existe la traducción y validación del BULIT en su versión al español, ésta fue realizada con población española por Mora (1992), (ver primera columna de Tabla 5A). Más recientemente, Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000) valoraron en población comunitaria mexicana algunas de las propiedades psicométricas del BULIT, en particular su consistencia interna y validez factorial (2<sup>a</sup>. columna de Tabla 5A). Los autores señalan que la solución factorial encontrada en población mexicana difiere notoriamente de la de otros autores, ya que Smith y Thelen (1984) derivaron cinco factores con los que explicaron 39.5% de la variabilidad total, porcentaje mayor al obtenido por Alvarez, Mancilla *et al.* (2000), el que fue 33.2%, aunque sus tres factores si coinciden conceptualmente con tres de los cinco factores de Smith y Thelen.

Asimismo, al comparar la solución factorial obtenida por Alvarez, Mancilla *et al.* (2000) con la derivada por Mora (1992), cuyos siete factores logran explicar 58.6% de la variabilidad total, se observa que dicho porcentaje está por encima del observado por Smith y Thelen (1984) y el de Alvarez, Mancilla *et al.* Se aprecia que el primer factor de Mora, denominado Dieta y sentimientos negativos después del atracón, comprende la totalidad de preguntas del factor Sentimientos negativos posteriores al atracón derivado por Alvarez, Mancilla *et al.*; mientras que su segundo factor, denominado Bulimia, incluye más de la mitad del factor Atracón de Alvarez, Mancilla *et al.* En tanto que los dos factores restantes de Mora: Vómito y Abuso de laxantes y diuréticos, aparecen conjuntados en el tercer factor de Alvarez, Mancilla *et al.*, denominado Conductas compensatorias. De igual forma, sus tres factores restantes: Irregularidades menstruales —que sólo contiene una pregunta—, Preferencias alimentarias y Fluctuaciones del peso, confluyen con tres de los nueve factores originales (quinto, sexto y octavo) que fueron eliminados por Alvarez, Mancilla *et al.*

Paralelamente, en un segundo estudio, Alvarez (2000) reevaluó las propiedades psicométricas del BULIT, pero ahora incluyendo muestra clínica (3<sup>a</sup> columna de Tabla 5A). La autora concluye que el BULIT es un instrumento útil, práctico y económico para

detectar posibles casos de este trastorno, a los cuales posteriormente se les derive a la entrevista clínica.

**TABLA 5-A**

VALIDACIÓN EN MUJERES ESPAÑOLAS	VALIDACIÓN EN MUJERES MEXICANAS	
Mora (1992)	Muestra Comunitaria (Alvarez, Mancilla <i>et al.</i> , 2000)	Muestra Clínica (Alvarez, 2000)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el BULIT a 153 mujeres estudiantes universitarias.</li> <li>- La validez concurrente con el EAT derivó <math>r = 0.52</math> (<math>p &lt; 0.001</math>), y con la subescala de bulimia del EDI fue <math>r = 0.75</math> (<math>p &lt; 0.0001</math>).</li> <li>- El análisis factorial derivó siete factores que explicaron 59% de la variabilidad total: 1. Dieta y sentimientos negativos después del atracón, 2. Atracón, 3. Preferencias alimentarias durante el atracón, 4. Irregularidades menstruales, 5. Vómito, 6. Fluctuaciones del peso, y 7. Abuso de laxantes, diuréticos o ambos. Sin embargo, los últimos cinco factores sólo contenían dos reactivos, por lo que no podrían ser considerados factores esto de acuerdo con Yela (1997).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicaron el BULIT a 2168 mujeres estudiantes. 5.7% rebasó el P.C. <math>\geq 102</math>.</li> <li>- <math>\alpha</math> de Cronbach = 0.88. Todos los reactivos correlacionaron de forma positiva y significativa (<math>p \leq 0.0001</math>), aunque sólo 14 con <math>r \geq 0.50</math>.</li> <li>- El análisis factorial derivó 3 factores que explicaron 33% de la variabilidad total: 1. Atracón (<math>\alpha = 0.85</math>), 2. Sentimientos negativos posteriores al atracón (<math>\alpha = 0.82</math>), y 3. Conductas compensatorias (<math>\alpha = 0.58</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el BULIT a 70 mujeres, a las que por medio de entrevista diagnóstica y los criterios del DSM-IV se les dividió en dos grupos: 1. con TCA (BN ó TANE 3; <math>n = 35</math>) y 2. control (<math>n = 35</math>). 14.5% rebasó P.C. de 102.</li> <li>- Alpha de Cronbach de 0.91, específicamente 0.84 para TCA y 0.81 para control.</li> <li>- 33 de los reactivos correlacionaron de forma positiva y significativa con la puntuación total (<math>p = 0.001</math>), 15 con <math>r \geq 0.50</math> (<math>p = 0.0001</math>).</li> <li>- La autora derivó el P.C. <math>\geq 85</math>, mostrando sensibilidad del 79% y especificidad del 97%.</li> <li>- La puntuación total del BULIT y de los tres factores derivados discriminaron entre los grupos (<math>p = 0.0001</math>), aunque fue ligeramente menor en el factor Conductas compensatorias (<math>p = 0.001</math>).</li> </ul>

Tabla 5-A. Resumen de los estudios de validación del BULIT en España y México.

### 4.3. Inventario de Trastornos Alimentarios

Garner *et al.* (1983) desarrollaron y validaron el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), que es un instrumento multifásico diseñado para evaluar características psicológicas relevantes en su asociación con la anorexia y la bulimia

nerviosas. La justificación para el desarrollo del EDI se basó en el reconocimiento de que la anorexia nerviosa es un trastorno multidimensional con una considerable variabilidad psicológica en la heterogénea población de pacientes. Esto resulta ser de particular relevancia en cuanto a la contrastación de subgrupos de pacientes con anorexia restrictiva respecto a quienes la presentan de tipo bulímico. Sin duda, la descripción y, más específicamente, la evaluación de los rasgos psicológicos que diferencian a los tipos y subtipos de TCA tiene relevancia para la comprensión y tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas. Paralelamente, la identificación de distintas tipologías psicológicas puede revelar características que discriminen a los individuos con TCA de los que si bien exhiben síntomas significativos, están menos alterados psicológicamente (Strober, cit. en Garner *et al.*, 1983).

Por tanto, el EDI fue desarrollado como una alternativa para dejar de depender de otras mediciones de la personalidad, ya que los tests tradicionales no estaban adecuadamente dirigidos a evaluar las características cognitivas y conductuales —a nivel clínico— observadas más frecuentemente en los casos de TCA. Así, el EDI originalmente fue creado y validado en mujeres canadienses (Tabla 6A). En suma, los resultados de este estudio indican que el EDI es una medida fiable y válida para evaluar dimensiones actitudinales y conductuales relevantes en la bulimia y anorexia nerviosas. Por tanto, Garner *et al.* (1983) concluyen que el EDI puede ser útil como un instrumento de tamizaje, proporcionando ventajas como la economía de recursos y una adecuada exactitud de sus puntuaciones.

**TABLA 6-A**

<b>DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL EDI (Garner <i>et al.</i>, 1983)</b>		
<b>Creación y Validez Factorial</b>	<b>Validez de Criterio</b>	<b>Validez de Constructo</b>
<p>- Clínicos familiarizados con la investigación y tratamiento de trastornos alimentarios desarrollaron un extenso número de ítems.</p> <p>- Se aplicaron a 113 pacientes con AN (48 restrictivas y 65 compulsivas) y a 577 control.</p> <p>- Se retuvieron los ítems que mejor discriminaran entre los grupos y que estuvieran más relacionados a la escala a la que pertenecían. Los reactivos elegidos mostraron coeficiente <math>\alpha = 0.85</math> en ambos grupos.</p> <p>- El requisito final fue que las subescalas tuvieran <math>\alpha &gt; 0.80</math> para AN y que en éstas los coeficientes de correlación de los ítems fueran <math>&gt; 0.40</math>. Aunque 3 ítems no cubrieron este último criterio, fueron retenidos en razón de su relevancia conceptual.</p> <p>- De los 11 factores iniciales, sólo 8 se conservaron: 1) Motivación para adelgazar (<math>\alpha = 0.85</math> en ambos grupos), 2) Bulimia (<math>\alpha = 0.90</math> /AN y <math>0.83</math>/GC), 3) Insatisfacción corporal (<math>\alpha = 0.90</math>/AN y <math>0.91</math>/GC), 4) Ineficacia (<math>\alpha = 0.90</math>/AN y <math>0.86</math>/GC), 5) Perfeccionismo (<math>\alpha = 0.82</math>/AN y <math>0.73</math>/GC), 6) Desconfianza interpersonal (<math>\alpha = 0.85</math>/AN y <math>0.76</math>/GC), 7) Identificación interoceptiva (<math>\alpha = 0.86</math>/AN y <math>0.65</math>/GC), y 8) Miedo a madurar (<math>\alpha = 0.88</math>/AN y <math>0.65</math>/GC).</p>	<p>- Se aplicó el EDI a 195 mujeres con BN y a 4 grupos más: 1) 44 mujeres obesas (OB) y 2) 52 mujeres anteriormente obesas (AOB), 3) 17 pacientes con ANR ya recuperadas, y 3) 166 varones control (GC).</p> <p>- BN obtuvo mayores puntuaciones que ANR en las escalas de Bulimia e Insatisfacción corporal (<math>p &lt; 0.01</math>); también BN tuvo puntuación elevada en el factor Motivación para adelgazar, pero no fue significativamente diferente a ANR.</p> <p>- OB presentó mayor Insatisfacción corporal (<math>p = 0.001</math>) que ANR ó GC; y las puntuaciones de dicho grupo fueron mayores que AOB (<math>p = 0.001</math>) en el mismo factor, y mayores que GC en Bulimia y Motivación para adelgazar (<math>p = 0.001</math>).</p> <p>- OB y AOB no difirieron de mujeres control (MC) en Ineficacia, Desconfianza interpersonal o Perfeccionismo, pero MC obtuvo mayor puntuación que GC en Motivación para adelgazar, Bulimia e Insatisfacción corporal (<math>p &lt; 0.01</math>).</p> <p>- AN fue dividido en sus dos subtipos y un análisis discriminante –basándose en la escala de bulimia– clasificó correctamente al 85% de los sujetos con AN compulsiva.</p>	<p>-Se le proporcionó a un terapeuta especializado la descripción del contenido de las 8 subescalas, con la finalidad de comparar los rasgos que presentaban los pacientes identificados por el EDI con AN y los rasgos presentados por este mismo tipo de pacientes con los que el terapeuta hubiese tenido experiencia clínica, encontrándose un significativo grado de acuerdo (<math>p &gt; 0.001</math>) en todas las subescalas, con un 92% de sujetos correctamente clasificados.</p>

Tabla 6-A. Resumen del estudio inicial de validación del EDI.

Por su parte, Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López (2000) realizaron un primer estudio de validación del EDI en mujeres mexicanas (1ª columna de Tabla 7A). Posteriormente, en un segundo estudio, Mancilla *et al.* (2003) evaluaron las

propiedades psicométricas de la versión mexicana del EDI en población clínica y no clínica (2ª columna de Tabla 7A). Es importante mencionar que lo encontrado en este estudio y en el de Alvarez, Franco *et al.* respecto al factor perfeccionismo no coincide con lo reportado por Garner *et al.* (1983), dado que en población mexicana el coeficiente de validez global de dicho factor es bajo, por lo que no discrimina a las mujeres con TCA, sugiriendo este dato la necesidad de realizar mayor investigación para el caso de la asociación entre el perfeccionismo y los TCA en población mexicana.

**TABLA 7-A**

<b>VALIDACIÓN DEL EDI EN MUJERES MEXICANAS</b>	
Muestra Comunitaria (Alvarez, Franco <i>et al.</i> , 2000)	Muestra Clínica (Mancilla <i>et al.</i> , 2003)
<p>- Trabajaron con 912 mujeres estudiantes.</p> <p>- Todos los reactivos correlacionaron significativamente con la puntuación total (<math>p= 0.0001</math>), excepto el 1. En tanto que alpha de Cronbach fue 0.87.</p> <p>- El análisis factorial derivó los mismos 8 factores que el estudio original, pero en éstos sólo se agruparon 45 preguntas de las 64 originales.</p>	<p>- En la evaluación de la fiabilidad y la validez factorial participaron 669 mujeres estudiantes.</p> <p>- El coeficiente alpha de Cronbach fue 0.87.</p> <p>- El análisis factorial reveló los mismos 8 factores, explicaron 42% de la varianza total. El coeficiente alfa de Cronbach de las subescalas fueron: MA= 0.83, IC= 0.79, MM= 0.69, DI= 0.69, B= 0.61, IN= 0.54, II= 0.50 y P= 0.47.</p> <p>-En la evaluación de la validez discriminante y predictiva, participaron 99 mujeres con TCA y 90 control.</p> <p>- Los coeficientes alpha para TCA fueron: 0.86 (B), 0.85 (MA), 0.81 (IC), 0.80 (MM), 0.80 (II), 0.69 (DI), 0.67 (I) y 0.40 (P). Mientras que para el grupo control fueron: 0.78 (IC), 0.75 (MM), 0.74 (MA), 0.61 (DI), 0.51 (II), 0.36 (P), 0.34 (I) y 0.25 (B).</p> <p>- Se confirmó la dirección predictiva de todos los factores (<math>p= 0.0001</math>), a excepción de perfeccionismo.</p> <p>- Los coeficientes de validez global fueron: <math>r= 0.61</math> (MA), <math>r= 0.43</math> (B), <math>r= 0.44</math> (IC), <math>r= 0.36</math> (II), <math>r= 0.35</math> (I), <math>r= 0.27</math> (DI), todos con <math>p&lt; 0.0001</math>. Pero en MM (<math>r= 0.17</math>) y P (<math>r= 0.01</math>) no fueron significativos.</p> <p>- El coeficiente de validez global fue: <math>r= 0.60</math>, y en los grupos con TCA: BN (<math>r= 0.82</math>), TANE (<math>r= 0.62</math>) y AN (<math>r= 0.52</math>).</p> <p>- El análisis discriminante clasificó correctamente al 93% de BN, lo que indica que el EDI es un instrumento fiable y útil para la investigación TCA, pero principalmente para la bulimia nerviosa.</p>

Tabla 7-A. Resumen de los estudios de validación del EDI en México.

#### 4.4. Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal

Desde hace algún tiempo los TCA son considerados multicausales y multidimensionales, al respecto diversos estudios concuerdan en el importante papel que juegan los factores socioculturales como agentes predisponentes, precipitantes o mantenedores. En nuestra sociedad la influencia cultural es transmitida por medio de la imitación de conductas de modelos sociales y la recepción de mensajes verbales, siendo la familia, los pares y los medios de comunicación de masas los principales agentes de difusión, propagación y asimilación de estereotipos culturales. De acuerdo con Toro *et al.* (1994), estos factores son puntos importantes que sustentan la pertinencia del desarrollo de un instrumento capaz de evaluar el impacto de los diferentes medios sociales que promueven la delgadez con relación a las actitudes de los sujetos hacia su propio cuerpo. Esto, en opinión de Toro *et al.*, permitiría establecer si el impacto de los medios sociales es igual en pacientes con TCA que en población control, o si es que presentan características específicas, por ello se dieron a la tarea de desarrollar el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC). Este cuestionario fue creado y validado en población femenina española, quedando constituido en su versión final por 40 preguntas que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, así como la influencia de la publicidad, de los modelos sociales, de los mensajes sociales, y de las situaciones sociales (1ª columna de Tabla 8A).

Toro *et al.* (1994) concluyeron que el cuestionario en sus dos versiones (CIMEC-40 y CIMEC-26) mostró satisfactoria consistencia interna, así como apropiada sensibilidad (81.4%) y especificidad (55.9%), lo que puede ser útil como un instrumento de tamizaje para la detección de TCA. Aunque cabe señalar que si bien el autor señala que obtuvo un adecuado valor de especificidad, consideramos que éste resultó deficiente.

Específicamente, los reactivos que conforman el CIMEC-26 establecieron relaciones causales entre la anorexia nerviosa y la influencia sociocultural. Aunadamente, este estudio confirma la relevancia de factores sociales y culturales en el desarrollo de un TCA, ambas versiones (CIMEC-40 y CIMEC-26) diferencian



significativamente entre casos de AN y control. Cabe resaltar que de los nueve ítems relacionados con publicidad de productos adelgazantes, únicamente uno no diferenció entre muestra clínica y población comunitaria. Esto sugiere que las pacientes con AN están perceptiva, cognitiva y emocionalmente más sujetas a la presión de la publicidad que fomenta el adelgazamiento. Como consecuencia, es más probable que las mujeres con anorexia acepten modelos conductuales dictados por la publicidad, lo que lleva a prestar especial atención a las posibles relaciones causales entre publicidad, información verbal y modelo estético corporal, por un lado, y con dicho TCA por el otro. Finalmente, en opinión de Toro *et al.*, esto puede ser particularmente interesante, dado que permitiría verificar la existencia de posibles divergencias entre los diferentes TCA y sus subtipos.

Basándose en los resultados satisfactorios obtenidos con el CIMEC, y en la utilidad que puede tener su empleo en población femenina mexicana que está en riesgo de padecer algún TCA, Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000) analizaron las propiedades psicométricas de este cuestionario (2ª columna de Tabla 8A). Los resultados de dicho estudio indican que este instrumento posee excelente consistencia interna; y respecto a los factores encontrados por Vázquez *et al.* coinciden con cuatro de los cinco factores del instrumento original, aunque cabe señalar que el de Influencia de la publicidad mostró ser el más importante respecto a la estructura factorial del CIMEC, contrario a lo reportado por Toro *et al.* (1994), en donde fue el factor Malestar a causa de la imagen corporal. Vázquez *et al.* atribuyen esta diferencia al hecho de que Toro *et al.* trabajaron con población clínica, lo que conlleva un mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal. Otro punto a resaltar es que Toro *et al.* realizaron su análisis factorial con base a 26 de los 40 reactivos del CIMEC, mientras que en el presente estudio se trabajó con una muestra comunitaria, por lo que el análisis factorial correspondiente se llevó a cabo con el total de las preguntas. Otra diferencia que se halló respecto al estudio de Toro *et al.*, fue que para población mexicana la puntuación promedio ( $\bar{x}$ = 27.95, DE= 15.83) rebasaba el punto de corte establecido por Toro *et al.* (23-24), a raíz de dicha diferencia se generan dos hipótesis: primero, que las jóvenes mexicanas parecen ser más sensibles a la influencia de los modelos estéticos corporales; y segundo, que el punto

de corte sugerido en la población española requiere de una revisión y, en su caso, de una adaptación para población mexicana.

Sin embargo, pese a esas diferencias, la alta confiabilidad de la escala confirma que el CIMEC es un cuestionario fiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales —publicidad, modelos y situaciones sociales— en población comunitaria mexicana.

**TABLA 8-A**

CREACIÓN Y VALIDACIÓN EN MUJERES ESPAÑOLAS	VALIDACIÓN EN MUJERES MEXICANAS
<i>Toro et al. (1994)</i>	<i>Vázquez et al. (2000)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistaron a 10 pacientes con AN, formulando 70 ítems. Esta versión preliminar fue aplicada a 20 adolescentes control, decidiendo eliminar 30 ítems. La versión final se aplicó a 675 mujeres control y a 59 pacientes con AN (10 de ellas internadas).</li> <li>- Se confirmó la dirección predictiva de su puntuación total (<math>p= 0.05</math>) y respecto a sus ítems, 26 arrojaron diferencias estadísticamente significativas (<math>p= 0.05</math>), derivándose una versión abreviada (CIMEC-26).</li> <li>- Por el análisis factorial con los 26 ítems se derivaron cinco factores que explicaron 53% de la varianza total: 1. Malestar a causa de la imagen corporal, 2. Influencia de la publicidad, 3. Influencia de mensajes verbales, 4. Influencia de modelos sociales, y 5. Influencia de situaciones sociales.</li> <li>- Ambas versiones mostraron excelente consistencia interna: CIMEC-40 (AN= 0.94 y control= 0.92) y CIMEC-26 (AN= 0.93 y control= 0.91).</li> <li>- El P.C. para la detección de TCA. en general y de AN en particular fue determinado con base a la distribución de puntuaciones de AN y control, para CIMEC-40 es 23-24 y CIMEC-26 fue 16-17.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplicó el CIMEC a 1001 mujeres estudiantes.</li> <li>- Se obtuvo <math>\alpha</math> de Cronbach= 0.94. Los 40 reactivos correlacionaron de manera positiva con la puntuación total (<math>p= 0.0001</math>), aunque 34 destacaron con mayor nivel de predicción.</li> <li>- El análisis factorial derivó seis factores que explicaron 50% de la varianza total, sin embargo el análisis confirmatorio los redujo a cuatro factores: 1. Influencia de la publicidad (<math>\alpha= 0.92</math>), 2. Malestar por la imagen corporal y la práctica de conductas para reducir de peso (<math>\alpha= 0.86</math>), 3. Influencia de modelos estéticos corporales (<math>\alpha= 0.75</math>), y 4. Influencia de relaciones sociales (<math>\alpha= 0.63</math>).</li> </ul>

Tabla 8-A. Resumen de los estudios de validación del EDI en España y México.

#### 4.5. Cuestionario de Imagen Corporal

La excesiva preocupación por la figura corporal la manifiestan, por lo general, mujeres jóvenes en culturas occidentales y, en forma extrema dicha insatisfacción constituye una característica central de los TCA. Sin embargo, durante mucho tiempo no se contó con medidas satisfactorias para evaluarla. Esto resulta lamentable puesto que la preocupación por la figura corporal puede variar en intensidad desde un malestar leve con regiones particulares del cuerpo a una extrema insatisfacción con la forma corporal. Por dichos motivos, surgió la necesidad de desarrollar un instrumento que evaluara específicamente la insatisfacción con la imagen corporal; para tal fin, Cooper *et al.* (1987) desarrollaron y validaron en población inglesa el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), (ver tabla 9A). En general, el BSQ mostró ser una adecuada medida de autoreporte de la insatisfacción corporal, en particular de la experiencia de sentirse gorda, y el hecho de que halla presentado una adecuada validez concurrente y discriminante avala que es un instrumento que provee medios de investigación acerca del papel que juega la preocupación por la figura corporal en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas.

Dados los satisfactorios resultados obtenidos con la utilización del BSQ, éste fue objeto de una primera exploración de sus propiedades psicométricas en mujeres españolas (Raich *et al.*, 1996), ver primera columna de Tabla 10A. De igual forma, fue objeto de estudio de su validación en mujeres mexicanas (Galán, 2004), ver segunda y tercera columna de tabla 10A. Es importante subrayar que la estructura de dos factores derivada de la investigación realizada por Galán permite diferenciar respecto al grado de inconformidad con la apariencia corporal presente en muestras comunitarias y entre lo que corresponde, ya propiamente, a una insatisfacción corporal, esto planteado en términos de su morbilidad en muestra clínica.

Finalmente, resulta sobresaliente mencionar que los datos sobre las validaciones de los cinco instrumentos permiten concluir que mostraron ser instrumentos confiables y válidos en su empleo con población mexicana. Asimismo, demostraron ser vigentes en

cuanto a sus constructos, esto pese a los continuos cambios conceptuales y diagnósticos respecto a los TCA, incluyendo en ello la detección de los TANE'S.

**TABLA 9-A**

<b>CREACIÓN Y VALIDACIÓN EN MUJERES INGLESAS Cooper, et al (1987)</b>	
Desarrollo	Validación
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se entrevistó a 28 mujeres: 6 pacientes con BN, 4 con AN, 7 que realizaban dietas, 3 que practicaban ejercicio y 8 estudiantes universitarias. Fueron cuestionadas sobre la experiencia de "sentirse gordas" y se les pidió que describieran las circunstancias específicas que provocaban esas sensaciones, así como de sus consecuencias conductuales y emocionales. Se derivaron categorías conceptuales con base a las que se formularon 51 preguntas.</li> <li>- La versión preliminar se aplicó a 4 muestras: 38 pacientes con BN (19 de ellas hospitalizadas), 331 mujeres asistentes a una clínica de planificación familiar, 119 mujeres estudiantes de terapia ocupacional y 85 mujeres estudiantes universitarias.</li> <li>- Se retuvieron 34 ítems con base a dos criterios: intercorrelación <math>r \geq 0.60</math> –de forma independiente para BN y las 548 control– y que diferenciaran significativamente entre los grupos (<math>p \leq 0.001</math>).</li> <li>- Se confirmó la dirección predictiva de la puntuación total en la versión final de 34 preguntas (<math>p &lt; .0001</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El BSQ se correlacionó con la escala IC del EDI, con el EAT de pacientes con BN y de los estudiantes de terapia ocupacional. Para la muestra clínica la correlación con EAT fue 0.35 y de 0.66 con la escala del EDI; en el caso de la segunda muestra, fue de 0.61 con el EAT.</li> <li>- Para una segunda prueba de validez, derivaron dos grupos de la muestra control: 1) mujeres preocupadas por su peso y figura, y mujeres que practicaban dieta restrictiva; 2) mujeres despreocupadas por su peso y figura, y quienes no practicaban dieta restrictiva. Confirmándose nuevamente la dirección predictiva entre los grupos (<math>t = 19.6, p &lt; .0001</math>)</li> <li>- Para una última prueba de validez, otros dos grupos fueron derivados de las muestras comunitarias. El primero con 10 sujetos que fueron identificados como "probables casos" de BN, el segundo con 316 mujeres clasificadas como "casos no definidos" (por ejemplo, no tenían atracones, o no recurrían a la autoprovocación del vómito o uso de purgas). La puntuación en el BSQ de los "probables casos" no fue significativamente diferente al de las pacientes con BN. En suma, se presentó cierto traslapamiento entre la puntuación en el BSQ de pacientes con BN y de un cierto grupo de mujeres de la muestra comunitaria. Esto se esperaba, dado que el BSQ evalúa una dimensión psicológica que se sabe difiere considerablemente en intensidad entre pacientes y posibles casos de bulimia.</li> </ul>

Tabla 9-A. Resumen del estudio inicial de validación del BSQ.

**TABLA 10-A**

VALIDACIÓN EN MUJERES ESPAÑOLAS	VALIDACIÓN EN MUJERES MEXICANAS (Galán, 2004)	
Raich, <i>et al</i> (1996).	Muestra Comunitaria	Muestra Clínica
<p>–Trabajaron con 951 mujeres.</p> <p>- Obtuvieron un <math>\alpha</math> de Cronbach = 0.93.</p> <p>– El análisis factorial derivó cuatro factores que explicaron 49% de la varianza total, siendo los siguientes: 1. Afectación de autoestima y aislamiento social (<math>\alpha= 0.86</math>), 2. Insatisfacción con la imagen corporal asociada a conductas para la reducción de peso (<math>\alpha= 0.85</math>), 3. Percepción corporal (<math>\alpha= 0.82</math>), y 4. Preocupación por la imagen corporal (<math>\alpha= 0.62</math>).</p> <p>– Con base a la distribución de frecuencias proponen un punto de corte tentativo de 105.</p>	<p>– Se aplicó el BSQ a 1310 mujeres estudiantes.</p> <p>– 21% rebasó el P.C. <math>\geq 105</math>.</p> <p>– El alpha de Cronbach fue 0.95, en tanto que todos los reactivos correlacionaron de forma positiva y significativa (<math>p \leq 0.0001</math>).<sup>12</sup> con <math>r \geq 0.70</math>.</p> <p>- El análisis factorial derivó 2 factores que explicaron 47% de la variabilidad total: 1. Malestar con la apariencia corporal (<math>\alpha= 0.91</math>) y 2. Insatisfacción con la imagen corporal (<math>\alpha= 0.84</math>). Estos factores agruparon 15 de los 34 ítems.</p>	<p>– Participaron 432 mujeres divididas en 2 grupos: Clínico, con 216 pacientes diagnosticadas con TCA. (AN, BN o TANE); Control, por 216 mujeres en las que –por medio de entrevista diagnóstica– se descartó la presencia de TCA.</p> <p>– 87% del grupo clínico rebasó el P.C. de 105, contra sólo 19% del control.</p> <p>– Se obtuvo un <math>\alpha</math> de Cronbach de 0.98 en el grupo clínico, y todos los ítems correlacionaron de forma positiva y significativa con la puntuación total (<math>p= 0.001</math>), destacando 28 (<math>r \geq 0.70</math>, <math>p= 0.0001</math>).</p> <p>– El análisis factorial confirmó la estructura de 2 factores que explican 64% de la variabilidad total. El primero con <math>\alpha= 0.95</math> y 0.94 para el segundo. Estos factores agruparon 21 de los ítems. Se confirmó la dirección predictiva de ambos factores (<math>p= 0.0001</math>).</p> <p>–Se derivó el P.C. <math>\geq 110</math>, mostrando 84% de sensibilidad y de especificidad.</p> <p>–El análisis discriminante a partir de tres agrupaciones: 1. TCA. vs Control, 2. TCA. Específicos vs Control, y 3. TANE vs Control, señaló que el BSQ tiene capacidad de discriminar y clasificar entre sujetos que presentan cualquier TCA (<math>p= 0.0001</math>), pero particularmente los específicos.</p>

Tabla 10-A. Resumen de los estudios de validación del BULIT en España y México.

# OBJETIVOS

## GENERAL

Estructurar un Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario que en mujeres evalúe los componentes o síntomas de la anorexia y bulimia nerviosas, así como factores cognitivos e influencias socioculturales en la interiorización del modelo estético corporal de delgadez.

## PARTICULARES

- Derivar un Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario a partir de los cuestionarios EAT, BULIT, BSQ, EDI y CIMEC.
- Determinar la confiabilidad (consistencia interna) del cuestionario multidimensional derivado.
- Evaluar la validez de criterio (discriminante y predictiva) del Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario derivado.

# MÉTODO

## MUESTRA

La muestra utilizada en la presente investigación fue de tipo no probabilística o dirigida, la ventaja de su uso –bajo el enfoque cuantitativo– es que permite una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

*Comunitaria.* Se conformó por 1516 estudiantes de sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 30 años ( $\bar{x}$ = 19.28, D.E.= 2.28). 73% correspondieron a instituciones educativas públicas, mientras que 27% procedieron de instituciones educativas privadas; el 14% cursaban el nivel de bachillerato y 86% el superior.

*Clínica.* Conformada por 188 mujeres de entre 15 y 30 años ( $\bar{x}$ = 20.03, D.E.= 2.93) que rebasaron el punto de corte del EAT  $\geq 28$  y/o BULIT  $\geq 85$  y que por medio de la entrevista diagnóstica –a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) o DSM-IV-TR (APA, 2000)– se les diagnosticó con TCA. 56 de ellas canalizadas por una institución que brinda tratamiento especializado para TCA, mientras que las 132 restantes fueron canalizadas a este grupo de investigación para su evaluación por parte de instituciones educativas o del sector salud. Otros criterios de inclusión considerados para esta muestra fueron los siguientes: 1) Cuando fue el caso, un periodo máximo de tres meses de tratamiento, y 2) Cronicidad menor a 4 años del TCA. Específicamente, participaron 20 mujeres con AN, 75 con BN y 93 con TANE.

*Control.* Constó de 188 participantes ( $\bar{X}$ = 19.88, D.E.= 2.81) con edad mínima de 15 años y máxima de 30. Fueron derivadas de la muestra comunitaria de entre aquéllas que no rebasaron punto de corte del EAT ni del BULIT y en las que, por medio de la entrevista, se confirmó la ausencia de TCA.

## **INSTRUMENTOS**

- Test de Actitudes Alimentarias (EAT; Garner y Garfinkel, 1979).
- Test de Bulimia (BULIT, Smith y Thelen, 1984).
- Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI; Garner *et al.*, 1983).
- Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, Cooper, *et al.*, 1987).
- Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, *et al.*, 1994).
- Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (Williamson, 1990), se empleó la traducción realizada por Raich (1994) y adaptada por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-FES Iztacala, con base a los criterios diagnósticos para TCA del DSM-IV-TR (APA, 2000).

## **PROCEDIMIENTO**

### **Recolección de datos**

Se llevó a cabo la aplicación del EAT, BULIT, EDI, BSQ, y CIMEC en las diferentes instituciones educativas de procedencia, se realizó de forma grupal (de 20 a 30 sujetos por aplicación). Posteriormente los datos fueron capturados y procesados con el programa SPSS.

De la anterior fase, se extrajo una muestra de jóvenes con las cuales individualmente se llevaron a cabo las entrevistas en las que colaboraron una experta y una asistente que apoyó en la redacción de las notas. Las entrevistas se realizaron en las instalaciones del Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-FES Iztacala. En la valoración participó otra investigadora con experiencia en el área, a manera de que cada una de las entrevistas se verificó por las dos evaluadoras que establecieron cada una un diagnóstico, los que después se consensuaron.



## Análisis de datos

• En primer lugar, se realizó una revisión minuciosa del contenido de cada uno de los cuestionarios (EAT, BULIT, EDI, BSQ y CIMEC) tomando como criterio la elección de los ítems que presentaran mayor consistencia conceptual y soluciones factoriales citadas en la literatura para posteriormente someterlos a análisis estadístico (Tabla 1-M).

**Tabla 1–M**

CONSTRUCTO	INSTRUMENTO	REACTIVOS	TOTAL
Insatisfacción corporal	BSQ	1, 2, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33 y 34	39
	CIMEC	11, 17, 20, 22, 25 y 29	
	EDI	2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62	
Motivación para adelgazar	EAT	4, 15, 16, 22 y 25	12
	EDI	7, 16, 25, 32 y 49	
	BSQ	4	
	CIMEC	22	
Preocupación por la comida	EAT	3, 6, 31 y 34	8
	BULIT	2, 10 y 28	
	CIMEC	40	
Restricción alimentaria	EAT	5, 9, 10, 19, 21, 27, 29, 30, 32, 37 y 38	14
	BULIT	19	
	BSQ	22	
	CIMEC	13	
Atracón alimentario	BULIT	1, 3, 6, 8, 11, 13, 17, 22, 31 y 35	16
	EDI	5, 28, 38, 46 y 64	
	EAT	7	
Sentimientos negativos posteriores al atracón	BULIT	12, 14, 16, 20, 23, 26 y 29	14
	EAT	14, 36 y 39	
	BSQ	6, 11 y 17	
	EDI	11	
Conductas compensatorias	BULIT	7, 15, 27, 30 y 34	13
	EAT	13, 16, 22, 28 y 40	
	BSQ	26 y 32	
	EDI	53	
Miedo a madurar	EDI	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 y 58	8
Ineficacia		10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50 y 56	10
Perfeccionismo		13, 29, 36, 43, 52 y 63	6
Desconfianza		15, 17, 23, 30, 34, 54 y 57	7
Identificación interoceptiva		8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51 y 60	9
Influencia de la publicidad		6, 8, 9, 15, 21, 23, 26, 28, 33, 35, 37 y 38	12
Influencia de modelos sociales	CIMEC	1, 3, 4, 12, 16, 31, 34, 37 y 39	9
Influencia de relaciones sociales		2, 7, 10, 14, 18, 19, 24, 27, 30, 32 y 36	11

Tabla 1–M. Reactivos ingresados originalmente.

- *Análisis factorial con rotación VARIMAX*, es un procedimiento estadístico multivariado que se empleó con la finalidad de explorar y analizar las interrelaciones existentes entre el conjunto de ítems y obtener una solución más interpretable por medio de la derivación de factores (Yela, 1997). Supone diversos procedimientos dirigidos a explorar y analizar las interrelaciones existentes entre un conjunto de variables a las cuales se les denomina factores, y un factor puede definirse como una dimensión hipotética cuyas puntuaciones influyen en una o más variables observadas. La principal función del análisis factorial es que permite representar en un espacio de pequeña dimensión (espacio factorial) a aquellas variables cuantitativas extraídas de un conjunto mayor, lo cual posibilita interpretar las relaciones entre ellas y determinar subconjuntos claramente diferenciados de variables que, por un lado, guardan relación entre sí y, por otro, no se traslapan con las de otros subconjuntos (Kerlinger y Lee, 2002; Martínez, 1995).

El análisis factorial parte de dos métodos específicos (Viladrich, Prat, Doval y Vall-Llovera, 1996), el de componentes principales y la rotación de los vectores, los cuales se describirán a continuación:

1. Método de componentes principales éste consiste en analizar relaciones de interdependencia en una matriz de datos donde todas las variables tienen el mismo estatus, se emplea fundamentalmente para realizar una primera derivación del espacio factorial y obtener los factores originales representando tanto a las variables como a los individuos.
2. Rotación VARIMAX. Consiste en un tipo de rotación ortogonal que trata de minimizar el número de variables con saturaciones altas en un sólo factor, con esto se tratará de encontrar un subespacio factorial tal que, por un lado, sea más reducido y, por otro, se pierda poca información respecto a las similitudes entre las variables. Por estas razones las variables fuertemente correlacionadas entre sí presentarán saturaciones altas en un sólo factor y bajas con el resto.

Además, cabe advertir que para la derivación de cada subescala se realizó un análisis factorial

- Para evaluar la *Confiabilidad* se emplearon métodos basados en una sola aplicación del test con la finalidad de evaluar la consistencia interna. Las ventajas de una única aplicación son que se contrarrestan las dificultades asociadas a la repetición del test o a la construcción de formas equivalentes (Martínez, 1995; Magnusson, 1997). El análisis de consistencia interna tiene como objetivo evaluar la coherencia de los datos, por tanto, en qué medida cada una de las preguntas aporta información no contradictoria con el resto (Villardich *et al.*, 1997). La confiabilidad se expresa mediante un valor numérico denominado coeficiente de confiabilidad (Muñiz, 1992; Nunnally, 1987), específicamente en la presente investigación se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, el cual es un índice que expresa la razón entre la varianza común de los ítems y la variabilidad total de la suma, su valor oscila entre 0 y 1, indicando mayor consistencia cuando sus valores son cercanos a 1, por tanto, las saturaciones factoriales mayores corresponden a ítems más consistentes con el conjunto.

- *Prueba t de Student para muestras independientes*, esta prueba es de tipo paramétrica o dependiente de la distribución, su procedimiento consiste en comparar las medias de dos grupos de casos, evaluando la significación de la diferencia, para que ésta sea significativa se necesitan valores altos del estadístico (Ferrán, 1996; Gardner, 2003). Específicamente en la presente investigación se utilizó esta prueba con la finalidad de identificar cuáles reactivos mostraron ser los mejores para diferenciar entre el grupo clínico y control, es decir, se analizó la *dirección predictiva* de cada ítem conforme al diagnóstico de TCA, así como con el objeto de comprobar la capacidad del Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario para diferenciar entre los grupos.

- *Análisis de correlación r de Pearson*, expresa en qué grado están relacionados dos conjuntos de datos, esencialmente este coeficiente de

correlación mide en qué grado las diferencias en una de las variables se reflejan mediante diferencias proporcionales en la otra y además indica en qué dirección van esas diferencias. Una correlación positiva significa que puntuaciones altas en una medida tienden a ir con puntuaciones altas en la otra y una correlación negativa indica que puntuaciones altas en una medida tienden estar asociadas con puntuaciones bajas en la otra variable. Un coeficiente de correlación siempre tiene un valor entre +1 y -1 indicando una correlación perfecta, aunque no indica que las dos puntuaciones sean iguales (Hernández, Fernández y Baptista, 1991; MacRae, 1995). Se calculó el coeficiente  $r$  de Pearson como método complementario para derivar la consistencia interna (cada uno de los ítems se correlacionó con la puntuación total del factor), el criterio establecido fue un valor  $\geq 0.60$ . También fue aplicada la  $r$  de Pearson para obtener el coeficiente de validez global de cada una de las 3 escalas derivadas (ETCA, EFI y EFAS).

- *Derivación de los puntos de corte óptimos*, este procedimiento consistió en analizar la distribución de frecuencias del grupo clínico y control en cuanto a su puntuación en cada una de las 3 escalas. En primer lugar se exploraron algunos valores con la finalidad de determinar el punto de corte que denotara la mejor equidad entre la sensibilidad y la especificidad. La sensibilidad indica la capacidad de un test para detectar la presencia de una determinada característica en un sujeto (p.e. identificar TCA dentro del grupo clínico); mientras que la especificidad indica la capacidad para identificar la presencia de una característica sólo cuando realmente esté presente (p.e. identificar a quienes no tienen TCA dentro del grupo control), (Martínez, 1995).

- Finalmente se realizó un ***análisis discriminante***, el cual estima la probabilidad de que la puntuación de un test discrimine y clasifique correctamente en función de la característica que se está midiendo. Esta técnica se basa en la correlación canónica y el autovalor asociado a una función, dichas medidas están relacionadas con la Lambda de Wilk y permiten

evaluar la aportación de cada función discriminante en particular, utilizando las desviaciones estándar de las puntuaciones discriminantes entre los grupos respecto a las desviaciones dentro de los grupos. En ambos casos, si el valor obtenido es próximo a 1 la dispersión será debida a las diferencias entre los grupos y, por tanto, la discriminación será fuerte. En el presente estudio se recurrió a este tipo de análisis con el objetivo de conocer el porcentaje de casos correctamente clasificados por cada escala del CUMUTA (Ferrán, 1996; Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999).

# RESULTADOS

## DERIVACIÓN DE LAS SUBESCALAS

### 1) Componentes de trastorno alimentario

#### *INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL*

Por medio del análisis factorial con rotación VARIMAX se obtienen cinco componentes con una varianza total explicada del 62.90%, de la cual el primero acumula más de la tercera parte (22.89% valor propio de 9.36) con base a 17 de las preguntas ingresadas –todas del BSQ–, con un rango de cargas ponderales de entre 0.41 y 0.72, aunque cabe destacar que en once de los ítems fue  $\geq 0.60$  (Tabla 1-R).

**TABLA 1-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
7-BSQ	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	<b>0.72</b>
10-BSQ	¿Te ha preocupado que los muslos se ensanchan cuando te sientas?	0.41
12-BSQ	Al fijarte en las figura de otras chicas ¿La has comparado con la tuya desfavorablemente?	<b>0.63</b>
13-BSQ	¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración?	<b>0.71</b>
14-BSQ	Estar desnuda (por ejemplo cuando te bañas) te ha hecho sentir gorda.	<b>0.63</b>
16-BSQ	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	<b>0.62</b>
18-BSQ	¿Has evitado ir a eventos sociales porque te has sentido mal con tu figura?	<b>0.67</b>
19-BSQ	¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?.	<b>0.62</b>
20-BSQ	¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	<b>0.63</b>
21-BSQ	Preocuparte por tu figura ¿Te ha hecho ponerte a dieta?	0.48
23-BSQ	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de control?	0.46
25-BSQ	¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tu?	<b>0.64</b>
27-BSQ	Cuando estás con otras personas ¿Te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejem. sentándote en un sofá o en el autobús)?	0.59
29-BSQ	Verte reflejada en un espejo o en un aparador ¿Te ha hecho sentirte mal con tu figura?	<b>0.68</b>
30-BSQ	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	0.41
31-BSQ	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestidores comunes de piscinas o baños)?	0.53
33-BSQ	¿Te has fijado en tu figura estando en compañía de otras personas?	<b>0.60</b>

Tabla 1-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado. C.P.= Carga ponderal y con negritas las  $\geq 0.60$ .

Debido al extenso número de reactivos agrupados se procedió a identificar cuáles de ellos muestran ser los mejores para diferenciar entre los grupos TCA y control por medio de la prueba *t* de Student para muestras independientes (Tabla 2-R). Si bien todas las preguntas diferenciaron entre los grupos ( $p= 0.0001$ ), destacan los valores del estadístico *t* de siete ( $t \geq 13.00$ ), de las cuales cinco coinciden con aquellas que habían obtenido carga ponderal  $\geq 0.60$ , específicamente los reactivos 12, 14, 19, 20 y 33, pero no así el 21 y 23. Al analizar la consistencia interna del factor con estos siete reactivos se observa que todos los ítems estuvieron significativamente correlacionados con la puntuación total en el factor (rango de  $r= 0.75-0.91$ ,  $p \leq 0.0001$ ), con  $\alpha= 0.92$ , en tanto que la eliminación de ninguno de los reactivos supondría un incremento de dicho coeficiente; el que específicamente fue 0.84 para TCA y 0.72 para control.

**TABLA 2-R**

Reactivos	TCA	Control	<i>t</i> de Student
7	1.77 ± 0.89	1.02 ± 0.18	11.27 *
10	1.88 ± 0.92	1.10 ± 0.43	10.48 *
12	2.20 ± 0.88	1.16 ± 0.49	<b>14.08 *</b>
13	1.70 ± 0.84	1.05 ± 0.28	10.01 *
14	2.07 ± 0.93	1.06 ± 0.32	<b>14.12 *</b>
16	1.64 ± 0.86	1.04 ± 0.22	9.38 *
18	1.53 ± 0.79	1.00 ± 0.00	9.23 *
19	2.12 ± 0.86	1.04 ± 0.24	<b>16.62 *</b>
20	2.30 ± 0.84	1.08 ± 0.35	<b>18.25 *</b>
21	2.10 ± 0.87	1.14 ± 0.45	<b>13.42 *</b>
23	2.19 ± 0.90	1.19 ± 0.54	<b>13.08 *</b>
25	1.91 ± 0.93	1.09 ± 0.37	11.30 *
27	1.56 ± 0.83	1.02 ± 0.18	8.70 *
29	2.12 ± 0.89	1.04 ± 0.25	<b>15.82 *</b>
30	2.07 ± 0.89	1.20 ± 0.53	11.53 *
31	2.03 ± 0.93	1.16 ± 0.50	11.20 *
33	2.12 ± 0.87	1.23 ± 0.42	11.55 *

Tabla 2-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor.

\*  $p \leq 0.0001$  y con negritas los mayores estadísticos *t* de Student.

## MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR

La rotación VARIMAX derivó dos componentes que explican 64.80% de la varianza total, y específicamente el primero casi tres cuartas partes de ella (48.36%, valor propio de 6.27) a partir de 11 preguntas de las 13 ingresadas (Tabla 3-R), quedando fuera los reactivos 16 ("Hago mucho ejercicio para quemar calorías") y 22 ("Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio") del EAT. Nueve de los reactivos agrupados mostraron carga ponderal mayores a 0.70

**TABLA 3-R**

<b>REACT.</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>C.P.</b>
4-EAT	Me da mucho miedo pesar demasiado.	<b>0.82</b>
15-EAT	Me preocupa el deseo de estar más delgada.	<b>0.79</b>
25-EAT	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<b>0.74</b>
7-EDI	Pienso en seguir una dieta.	0.62
16-EDI	Me aterroriza ganar peso.	<b>0.85</b>
25-EDI	Exagero a menudo la importancia del peso.	<b>0.72</b>
32-EDI	Me preocupa el deseo de estar más delgada.	<b>0.76</b>
49-EDI	Si subo un poco de peso me preocupa el que pueda seguir aumentando.	<b>0.84</b>
2-BSQ	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	<b>0.77</b>
4-BSQ	¿Has tenido miedo de engordar?	<b>0.78</b>
22-CIMEC	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	0.44

Tabla 3-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado. C.P.= Carga ponderal. y con negritas las >0.70.

El siguiente procedimiento consistió en realizar una comparación entre el grupo TCA y el control, esto con la finalidad de confirmar cuáles de los ítems agrupados son los que mejor discriminan entre los grupos (Tabla 4-R). Siete de los reactivos obtuvieron un valor del estadístico *t* de Student  $\geq 16.00$ , coincidiendo seis de ellos con que registraron carga ponderal mayor a 0.70. Los siete reactivos conservados estuvieron significativamente correlacionados con la puntuación total en el factor (rango de  $r = 0.74-0.87$ ,  $p \leq 0.0001$ ). El coeficiente alpha de Cronbach del factor fue de 0.92 para la muestra total y la eliminación de ninguno de los reactivos supondría un incremento de dicho coeficiente; más específicamente fue 0.78 para TCA y 0.77 para control.



**TABLA 4-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
4	EAT	2.56 ± 0.78	1.25 ± 0.61	<b>18.12 *</b>
15		2.60 ± 0.72	1.23 ± 0.56	<b>20.34 *</b>
25		2.62 ± 0.73	1.40 ± 0.73	<b>16.08 *</b>
7	EDI	2.21 ± 0.88	1.09 ± 0.37	<b>16.00 *</b>
16		2.65 ± 0.66	1.36 ± 0.70	<b>18.31 *</b>
25		2.37 ± 0.83	1.24 ± 0.60	14.98 *
32		2.46 ± 0.83	1.30 ± 0.67	14.92 *
49		2.62 ± 0.72	1.40 ± 0.72	<b>16.42 *</b>
2	BSQ	2.60 ± 0.69	1.36 ± 0.70	<b>17.14 *</b>
4		2.67 ± 0.66	1.52 ± 0.82	14.82 *
22	CIMEC	2.40 ± 0.63	1.75 ± 0.65	9.71 *

Tabla 4-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor.

\* p ≤ 0.0001 y con negritas los mayores estadísticos t de Student.

#### PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA

Se obtuvo un único componente que explicó más de la mitad de la variabilidad total a partir de los ocho reactivos originales (53.26%, valor propio de 4.26), cuyas cargas ponderal oscilaron entre 0.52 y 0.82, aunque destaca que en siete fue >0.60 (Tabla 5-R).

**TABLA 5-R**

REACTIVO	CONTENIDO	C.P.
3-EAT	Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.	<b>0.71</b>
6-EAT	Me preocupo mucho por la comida.	<b>0.79</b>
31-EAT	Siento que los alimentos controlan mi vida.	<b>0.82</b>
34-EAT	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<b>0.82</b>
2-BULIT	Estoy satisfecha con mis hábitos alimentarios.	<b>0.64</b>
10-BULIT	¿En qué grado estás preocupada por comer entre comidas?	0.52
28-BULIT	Creo que la comida controla mi vida.	<b>0.82</b>
40-CIMEC	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	<b>0.69</b>

Tabla 5-R. Reactivos agrupados en el único factor derivado. C.P.= Carga ponderal y con negritas las > 0.60.

Para verificar si todos los reactivos agrupados son capaces de diferenciar entre el grupo TCA y el control, se procesó la prueba t de Student (Tabla 6-R),

encontrándose que todos diferenciaron significativamente entre los grupos ( $p=0.0001$ ), no obstante siete preguntas –nótese que la de menor valor del estadístico  $t$  también fue la de menor carga ponderal– manifestaron el valor del estadístico más elevado ( $t >10.00$ ), mismas que estuvieron significativamente correlacionados con la puntuación total en el factor (rango de  $r=0.63-0.82$ ,  $p \leq 0.0001$ ). Además, se obtiene un  $\alpha = 0.87$ , específicamente 0.78 para TCA contra sólo 0.19 del control.

**TABLA 6-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	$t$ de Student
3	EAT	$1.48 \pm 0.82$	$1.01 \pm 0.07$	<b>9.57 *</b>
6		$2.18 \pm 0.86$	$1.10 \pm 0.41$	<b>15.32 *</b>
31		$1.72 \pm 0.90$	$1.01 \pm 0.15$	<b>10.70 *</b>
34		$1.80 \pm 0.91$	$1.01 \pm 0.07$	<b>11.84 *</b>
2	BULIT	$2.37 \pm 0.78$	$1.46 \pm 0.64$	<b>12.23 *</b>
10		$2.24 \pm 0.85$	$1.51 \pm 0.62$	7.91 *
28		$1.91 \pm 0.89$	$1.03 \pm 0.21$	<b>13.20 *</b>
40	CIMEC	$2.31 \pm 0.72$	$1.28 \pm 0.52$	<b>15.95 *</b>

Tabla 6-R. Comparación (puntuación promedio  $\pm$  desviación estándar) entre el grupo con TCA ( $n=188$ ) y el grupo control ( $n=188$ ) respecto a los reactivos agrupados en un único componente. \*  $p \leq 0.0001$  y con negritas los mayores estadísticos  $t$  de Student.

### *RESTRICCIÓN ALIMENTARIA*

Se obtuvieron tres factores iniciales que explican 54.90% de la variabilidad total, siendo que el primero explica más de la mitad (31.36%, valor propio de 4.13) a partir de 7 de los reactivos ingresados originalmente, con cargas ponderales que fueron desde 0.44 hasta 0.72, en cuatro fue  $>0.60$  (Tabla 7-R).

Además, los siete reactivos incluidos en el factor fueron aptos para diferenciar entre el grupo TCA y el control ( $p=0.0001$ ), y si bien se observa una inflexión en cuanto a los estadísticos calculados para los reactivos 5 y 38 del EAT ( $t <10.00$ ), dada su relevancia clínica se decidió conservarlos (Tabla 8-R). En tanto que se encontró que las siete preguntas estuvieron significativamente correlacionadas con la puntuación total en el factor (rango de  $r=0.66-0.76$ ,  $p \leq 0.0001$ ). Además, obtiene  $\alpha = 0.83$  y la eliminación de ninguno de los ítems

supondría un incremento de dicho coeficiente; y, particularmente, fue 0.69 para TCA contra sólo 0.56 del control.

**TABLA 7-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
5-EAT	Procuro no comer aunque tenga hambre.	0.58
9-EAT	Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como.	0.44
37-EAT	Me comprometo a hacer dietas.	<b>0.71</b>
38-EAT	Me gusta sentir el estómago vacío.	0.56
19-BULIT	He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.	<b>0.72</b>
22-BSQ	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo, por la mañana)?	<b>0.68</b>
13-CIMEC	¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	<b>0.67</b>

Tabla 7-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado. C.P.= Carga ponderal y con negritas las >0.60.

**TABLA 8-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
5	EAT	1.57 ± 0.81	1.04 ± 0.26	<b>8.49 *</b>
9		1.78 ± 0.91	1.06 ± 0.30	10.25 *
37		1.94 ± 0.93	1.09 ± 0.37	11.57 *
38		1.71 ± 0.92	1.07 ± 0.35	<b>8.89 *</b>
19	BULIT	2.01 ± 0.86	1.22 ± 0.58	10.25 *
22	BSQ	2.25 ± 0.82	1.27 ± 0.61	13.04 *
13	CIMEC	2.48 ± 0.67	1.57 ± 0.66	13.23 *

Tabla 8-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor derivado. \* p ≤ 0.0001 y con negritas los menores estadísticos t de Student.

#### *ATRACÓN ALIMENTARIO*

Mediante la rotación VARIMAX se derivó una estructura de 2 factores que explican una variabilidad total del 52.17%, de la cual el primero –con valor propio de 7.24– acumula 45.27% con base a 11 de los reactivos originales (Tabla 9-R), destacando ocho de ellos con carga ponderal ≥0.60.

Posteriormente se observó que los once reactivos agrupados diferenciaron entre el grupo TCA y el control ( $p= 0.0001$ ), pero son siete de ellos los que presentaron mayores valores del estadístico  $t$  ( $>8.00$ ), entre los que se encuentran cinco que habían destacado por presentar carga ponderal  $\geq 0.60$  (Tabla 10-R). En tanto que se encontró que las siete preguntas estuvieron significativamente correlacionadas con la puntuación total en el factor (rango de  $r= 0.67-0.76$ ,  $p\leq 0.0001$ ). Por último, el factor obtiene  $\alpha= 0.86$ , siendo 0.84 para TCA contra sólo 0.32 del control.

**TABLA 9-R**

<b>REACT.</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>C.P.</b>
3-BULIT	Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar.	0.57
6-BULIT	¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?	<b>0.65</b>
8-BULIT	Como hasta estar demasiado cansada para continuar comiendo.	0.58
11-BULIT	La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.	<b>0.60</b>
17-BULIT	Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta.	<b>0.67</b>
22-BULIT	Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimentaria parece ser:	<b>0.61</b>
31-BULIT	Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿a qué velocidad lo haces?	<b>0.71</b>
35-BULIT	¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?	<b>0.75</b>
5-EDI	Me atraco de comida.	<b>0.60</b>
46-EDI	Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola.	0.43
7-EAT	A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<b>0.62</b>

Tabla 9-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado. C.P.= Carga ponderal y con negritas las  $\geq 0.60$ .

**TABLA 10-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
3	BULIT	1.84 ± 0.84	1.11 ± 0.49	<b>9.72 *</b>
6		2.05 ± 0.86	1.57 ± 0.77	5.64 *
8		1.82 ± 0.75	1.04 ± 0.24	<b>9.67 *</b>
11		1.76 ± 0.87	1.39 ± 0.64	7.44 *
17		1.90 ± 0.92	1.21 ± 0.50	<b>8.99 *</b>
22		2.02 ± 0.85	1.25 ± 0.57	<b>10.27 *</b>
31		1.79 ± 0.87	1.27 ± 0.56	6.89 *
35		1.88 ± 0.87	1.20 ± 0.47	<b>9.34 *</b>
5		EDI	1.50 ± 0.74	1.04 ± 0.24
46	1.49 ± 0.76		1.04 ± 0.22	7.48 *
7	EAT	1.76 ± 0.88	1.11 ± 0.42	<b>9.11 *</b>

Tabla 10-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor derivado. \*  $p \leq 0.0001$  y con negritas los mayores estadísticos *t* de Student.

#### *SENTIMIENTOS NEGATIVOS POSTERIORES AL ATRACÓN*

Tras la rotación VARIMAX se extraen dos factores que acumulan 64.05% de la variabilidad total, pero de ésta tan sólo el primer componente acumula casi dos terceras partes (41.10%, valor propio= 5.75), agrupándose en éste 11 reactivos –quedan fuera: 36-EAT ("Me siento incómoda después de comer dulces"), 39-EAT ("Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas") y 11-BSQ ("¿El hecho de comer poca comida te ha hecho sentir gorda")– con cargas ponderal que fluctuaron entre 0.55 y 0.83, destacando 6 de ellos con un valor  $>0.70$  (Tabla 11-R).

Posteriormente, con la finalidad de confirmar la capacidad de los once reactivos para diferenciar entre los grupos TCA y control se aplicó la prueba *t* de Student (Tabla 12-R), encontrando que todos denotaron diferencias significativas ( $p= 0.0001$ ), pero destaca el hecho de que en seis de los ítems los valores de *t* fueron mayores a 16.00, mismos que se decidió conservar para conformar el factor todas las preguntas del factor estuvieron significativamente correlacionados con su puntuación total (rango de  $r= 0.71-0.88$ ,  $p \leq 0.0001$ ). Asimismo, el factor obtuvo un coeficiente alpha de 0.93, mientras que para los grupos TCA y control fueron 0.81 y 0.70, respectivamente.

**TABLA 11-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
14-EAT	Me siento muy culpable después de comer.	0.55
12-BULIT	¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?	<b>0.81</b>
14-BULIT	Me siento mal conmigo misma después de comer demasiado.	<b>0.77</b>
16-BULIT	¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?	<b>0.72</b>
20-BULIT	Me siento triste o deprimida después de comer más de lo que había planeado comer.	<b>0.79</b>
23-BULIT	Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente llena ¿cómo te sentirías de vuelta a casa?	0.61
26-BULIT	Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente.	<b>0.72</b>
29-BULIT	Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado.	<b>0.83</b>
11-EDI	Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.	0.63
6-BSQ	Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?	0.67
17-BSQ	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	0.61

Tabla 11-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado. C.P.= Carga ponderal y con negritas las >0.70.

**TABLA 12-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
12	BULIT	1.85 ± 0.91	1.01 ± 0.10	12.51
14		2.53 ± 0.76	1.27 ± 0.56	<b>18.18</b>
16		2.18 ± 0.76	1.28 ± 0.58	14.60
20		2.37 ± 0.85	1.08 ± 0.32	<b>19.46</b>
23		2.15 ± 0.88	1.13 ± 0.44	13.93
26		2.06 ± 0.91	1.08 ± 0.38	13.63
29		2.31 ± 0.84	1.09 ± 0.34	<b>18.32</b>
14	EAT	2.00 ± 0.96	1.03 ± 0.19	13.62
11	EDI	2.24 ± 0.89	1.09 ± 0.40	<b>16.20</b>
6	BSQ	2.23 ± 0.90	1.19 ± 0.55	<b>16.17</b>
17		2.50 ± 0.78	1.67 ± 0.05	<b>18.69</b>

Tabla 12-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor derivado. \* p ≤ 0.0001 y con negritas los mayores estadísticos t de Student.

## CONDUCTAS COMPENSATORIAS

El análisis factorial con rotación VARIMAX derivó dos componentes, pero dividió a los reactivos con base al tipo de conducta, de modo que a aquellos dirigidos a evaluar la autoinducción del vómito los ubicó en el primer componente, y los correspondientes al empleo de laxantes y diuréticos en el segundo, por tanto, se optó por retomar los componentes derivados sin rotar. Así, ambos componentes explicaron 67.86% de la varianza total, pero tan solo el primero explicó 51.16% –con valor propio de 5.63– con base al total de reactivos ingresados (Tabla 13-R), y cabe mencionar que todos los ítems referentes a la autoinducción del vómito son los que destacaron con cargas ponderal >0.70.

**TABLA 13-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
7-BULIT	Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.	0.44
15-BULIT	¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	<b>0.84</b>
27-BULIT	¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	<b>0.71</b>
30-BULIT	¿Con qué frecuencia vomitas después de comer demasiado para perder peso?	<b>0.78</b>
34-BULIT	Uso diuréticos o laxantes para controlar mi peso.	0.49
53-EDI	Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso.	<b>0.84</b>
13-EAT	Vomito después de haber comido.	<b>0.82</b>
28-EAT	Tomo laxantes (purgantes).	0.52
40-EAT	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<b>0.82</b>
26-BSQ	¿Has vomitado para sentirte más delgada?	<b>0.85</b>
32-BSQ	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	0.57

Tabla 13-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado. C.P.= Carga ponderal y con negritas las  $\geq 0.70$ .

Los once reactivos, diferenciaron de forma significativa entre los grupos ( $p=0.0001$ ), sin embargo son siete las preguntas que presentaron un mayor valor del estadístico de  $t$  ( $\geq 8.00$ ), de los cuales cinco coinciden con los que presentaron mayor carga ponderal, todos dirigidos a valorar la autoinducción del vómito (Tabla 14-R). Dado lo anterior, el factor quedó conformado con los siete reactivos con mayor valor de  $t$ , los que estuvieron significativamente correlacionadas con la puntuación total en el factor (rango de  $r=0.79-0.87$ ,  $p\leq 0.0001$ ). Este factor obtuvo

un coeficiente  $\alpha = 0.85$  para la muestra total, sin que la eliminación de alguno de los ítems supusiera un incremento en el coeficiente; en tanto que fue 0.82 para TCA, contra sólo 0.42 del control.

**TABLA 14-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
7	BULIT	1.30 ± 0.67	1.07 ± 0.34	4.32 *
15		1.60 ± 0.88	1.05 ± 0.30	<b>8.08 *</b>
27		1.45 ± 0.78	1.04 ± 0.27	6.71 *
30		1.25 ± 0.56	1.02 ± 0.21	5.20 *
34		1.88 ± 0.85	1.15 ± 0.51	<b>8.28 *</b>
53	EDI	1.62 ± 0.88	1.05 ± 0.26	<b>8.43 *</b>
13	EAT	1.35 ± 0.73	1.01 ± 0.07	6.48 *
28		1.70 ± 0.88	1.10 ± 0.42	<b>8.00 *</b>
40		1.62 ± 0.88	1.02 ± 0.21	<b>9.03 *</b>
26	BSQ	1.75 ± 0.77	1.01 ± 0.07	<b>9.23 *</b>
32		1.77 ± 0.71	1.01 ± 0.15	<b>9.46 *</b>

Tabla 14-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor derivado. \*  $p \leq 0.0001$  y con negritas los mayores estadísticos t de Student.

#### *PRESIÓN SOCIAL PERCIBIDA*

Fueron extraídos dos componentes que acumularon 55.06% de la variabilidad total, de la cual el primero explica 32.80% (valor propio = 2.30) a partir de tres preguntas del EAT: 12 (“Noto que los demás preferirían que yo comiese más”), 24 (“Los demás piensan que estoy demasiado delgada”) y 33 (“Noto que los demás me presionan para que coma”), con cargas ponderal de 0.85, 0.75 y 0.85, respectivamente. De forma aunada, los tres reactivos mostraron ser aptos para diferenciar entre el grupo clínico y el control (Tabla 15-R), aunque cabe señalar que –aunque significativa– fue menor la del reactivo 24. Por otra parte, los coeficientes de correlación de los reactivos con la puntuación del factor fueron significativos ( $p \leq 0.0001$ ): 12 ( $r = 0.87$ ), 24 ( $r = 0.75$ ) y 33 ( $r = 0.85$ ). Finalmente, el factor obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de 0.77 para la muestra total, mientras que fue de 0.76 para TCA y de 0.74 para control.



**TABLA 15-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
12	EAT	1.86 ± 0.97	1.27 ± 0.66	6.81 **
24		1.67 ± 0.87	1.37 ± 0.74	3.36 *
33		1.71 ± 0.90	1.25 ± 0.61	5.80 **

Tabla 15-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos agrupados en el primer factor derivado. \* p ≤ 0.01, \*\* p ≤ 0.0001.

### *FLUCTUACIONES EN EL PESO*

Después de analizar el contenido de los reactivos de los cinco cuestionarios, únicamente se detectaron tres que hacían referencia a este constructo, correspondiendo a 2 del BULIT: 25 (“¿Cuál la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?”) y 32 (“¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?”), así como el 5 del CIMEC (“¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?”), los cuales mostraron asociarse significativamente con la puntuación total del factor ( $p \leq 0.0001$ ), específicamente: 25-BULIT ( $r = 0.76$ ), 32-BULIT ( $r = 0.72$ ) y 5-CIMEC ( $r = 0.74$ ). El factor obtuvo una consistencia interna inadecuada ( $\alpha = 0.5794$ ) en la muestra total, y aún menor en la clínica y la control (0.4467 y 0.4042, respectivamente). Por último, los tres ítems demostraron diferenciar significativamente entre el grupo TCA y el control (Tabla 16-R).

**TABLA 16-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
25	BULIT	1.82 ± 0.78	1.38 ± 0.66	5.91 *
32		1.58 ± 0.71	1.19 ± 0.44	6.44 *
5	CIMEC	2.60 ± 0.63	1.64 ± 0.63	14.57 *

Tabla 16-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos identificados para evaluar las fluctuaciones en el peso. \* p ≤ 0.0001.

## 2) Factores Individuales

### *MIEDO A MADURAR*

El análisis factorial con rotación VARIMAX derivó dos componentes que explicaron un porcentaje semejante de varianza (2.40 y 2.16, respectivamente), sin embargo los reactivos fueron agrupados en ellos con base a si eran directos o inversos, por lo que se decidió retomar los componentes derivados sin rotar. Estos explicaron 57.02% de la variabilidad, pero sólo el primero –con valor propio de 3.43– explica 42.94% con base a los ocho reactivos ingresados (Tabla 17-R), todos con carga ponderal >0.60, a excepción del 35-EDI, mismo que se decidió eliminar.

**TABLA 17-R**

<b>REACT.</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>C.P.</b>
3-EDI	Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.	0.65
6-EDI	Me gustaría tener menos edad.	0.66
14-EDI	El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.	0.67
22-EDI	Prefiero ser adulto que niña.	0.68
35-EDI	Las exigencias del adulto son demasiado grandes.	<b>0.44</b>
39-EDI	Me siento feliz de ya no ser una niña.	0.67
48-EDI	Pienso que las personas son más felices cuando son niñas.	0.71
58-EDI	El convertirme en adulto ha sido lo mejor en mi vida.	0.72

Tabla 17-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado por el método de componentes principales. C.P.= Carga ponderal y con negritas las >0.60.

Todos los reactivos diferenciaron de forma significativa ( $p \leq 0.0001$ ), entre el grupo TCA y el control (Tabla 18-R), por tanto se decidió conformar con ellos el factor. Además, todos ellos se asociaron significativamente ( $p \leq 0.0001$ ) con la puntuación total del factor (rango de  $r = 0.64$  a  $0.72$ ), obteniendo un alpha de Cronbach de 0.81, sin que la eliminación de alguno de las preguntas signifique un incremento en él, mientras que dicho coeficiente fue 0.81 para el grupo TCA y de 0.71 para el control.

**TABLA 18-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
3	EDI	2.00 ± 0.96	1.19 ± 0.56	9.67 *
6		1.40 ± 0.75	1.13 ± 0.47	4.20 *
14		1.89 ± 0.94	1.50 ± 0.83	4.19 *
22		2.21 ± 0.73	1.81 ± 0.78	5.07 *
39		2.01 ± 0.74	1.68 ± 0.65	4.59 *
48		1.68 ± 0.88	1.26 ± 0.64	5.19 *
58		1.99 ± 0.78	1.62 ± 0.69	4.78 *

Tabla 18-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del primer componente.

\* p ≤ 0.0001.

### INEFICACIA

Se obtuvieron dos componentes que explican 62.73%, pero –al igual que en factor anterior– fueron divididos los reactivos con base a si eran directos e inversos, por lo que nuevamente se optó por retomar la solución factorial derivada por componentes principales. Así, el primer componente explicó 52.59% de la variabilidad total, con valor propio de 5.26 y con base a los 10 ítems ingresados (Tabla 19-R), de los que destacan siete con cargas ponderal >0.70, los cuales se decidió retener.

**TABLA 19-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
10-EDI	Me siento inútil como persona.	<b>0.73</b>
18-EDI	Me siento sola en el mundo.	0.63
20-EDI	Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control.	0.56
24-EDI	Me gustaría ser otra persona.	<b>0.76</b>
27-EDI	Me siento inadaptada.	<b>0.74</b>
37-EDI	Me siento segura de mí misma.	<b>0.78</b>
41-EDI	Tengo una pobre opinión de mí misma.	<b>0.76</b>
42-EDI	Pienso que puedo alcanzar mis metas	<b>0.72</b>
50-EDI	Pienso que soy una persona útil.	0.66
56-EDI	Me siento interiormente vacía.	<b>0.80</b>

Tabla 19-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado por el método de componentes principales. C.P.= Carga ponderal y con negritas la >0.70.

Las siete preguntas retenidas diferencian significativamente ( $p= 0.0001$ ) entre los grupos TCA y control (Tabla 20-R). En tanto que todos los reactivos se asociaron significativamente con la puntuación total, con un rango de coeficiente  $r$  de entre 0.70 y 0.81. En la muestra total el factor obtuvo  $\alpha= 0.88$ , sin que al eliminar alguno de los reactivos incrementara y, en el caso del grupo TCA y control fueron 0.87 y 0.79, respectivamente.

**TABLA 20-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	<i>t</i> de Student
10	EDI	1.43 ± 0.78	1.06 ± 0.32	6.02 *
24		1.63 ± 0.86	1.10 ± 0.41	7.70 *
27		1.53 ± 0.82	1.09 ± 0.39	6.64 *
37		2.02 ± 0.83	1.20 ± 0.51	11.44 *
41		1.72 ± 0.89	1.13 ± 0.47	7.96 *
42		1.46 ± 0.73	1.11 ± 0.39	5.77 *
56		1.56 ± 0.82	1.10 ± 0.39	7.03 *

Tabla 20-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del primer componente.

\*  $p \leq 0.0001$ .

### *PERFECCIONISMO*

Por el método de rotación VARIMAX se derivaron dos componentes que explican 48.69% de la variabilidad total, ambos con igual número de reactivos (tres) así como valores propio y porcentaje de la varianza explicada prácticamente iguales, siendo: 1.47 con 24.43% y 1.46 con 24.26%, respectivamente, por lo que se decidió retomar la conformación derivada por componentes principales, de modo que el primero obtuvo un valor propio de 2.66 con 37.76% de la variabilidad total explicada a partir de los seis reactivos originales (Tabla 21-R), cuatro de ellos con carga ponderal mayor a 0.50.

**TABLA 21-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
13-EDI	Mi familia sólo valora los logros o resultados que están por encima de lo habitual.	<b>0.59</b>
29-EDI	Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.	0.44
36-EDI	Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.	<b>0.54</b>
43-EDI	Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.	<b>0.57</b>
52-EDI	Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas.	<b>0.62</b>
63-EDI	Mis metas son excesivamente altas.	0.40

Tabla 21-R. Reactivos agrupados en el primer factor derivado por el método de componentes principales. C.P.= Carga ponderal y con negritas las >0.50.

De forma aunada, sólo tres de los reactivos mostraron capacidad para diferenciar de forma significativa entre el grupo con TCA y el control, siendo las preguntas: 13, 29 y 36 (Tabla 22-R). Sin embargo, al analizar la consistencia interna del factor con estos tres ítems se observó que fue deficiente ( $\alpha = 0.43$ ), al igual que la observada en el grupo clínico y control (0.43 y 0.17, respectivamente); no obstante, al analizar los coeficientes de correlación –en la muestra total– entre estos ítems y la puntuación total en el factor que conforman, se observa que éstos fueron significativos ( $p = 0.0001$ ), siendo: 0.66, 0.67 y 0.72, respectivamente.

**TABLA 22-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
13	EDI	1.62 ± 0.80	1.37 ± 0.69	3.03 *
29		1.88 ± 0.93	1.41 ± 0.70	5.18 **
36		1.98 ± 0.94	1.28 ± 0.64	8.32 **
43		2.58 ± 0.71	2.58 ± 0.73	-0.07
52		2.25 ± 0.89	2.16 ± 0.93	0.91
63		2.11 ± 0.93	2.14 ± 0.91	-0.37

Tabla 22-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del primer factor por componentes principales. \*  $p \leq 0.01$ , \*\*  $p \leq 0.0001$ .

A partir de lo anterior, se puede advertir que si bien este factor –con los tres reactivos conservados– mostró ser apto para discriminar entre las mujeres con y sin TCA, muestra una mínima consistencia interna; por tanto, se descarta la

posibilidad de derivar un factor que evaluase el constructo perfeccionismo en mujeres mexicanas.

#### *DESCONFIANZA INTERPERSONAL*

Se derivó un único componente –con valor propio de 2.94– que explicó 42.07% de la varianza total con base a los siete ítems ingresados, cinco con carga ponderal  $\geq 0.60$  (Tabla 23-R).

**TABLA 23-R**

<b>REACT.</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>C.P.</b>
15-EDI	Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.	<b>0.68</b>
17-EDI	Confío en los demás.	<b>0.60</b>
23-EDI	Me comunico fácilmente con los demás.	<b>0.71</b>
30-EDI	Tengo amistades íntimas.	0.52
34-EDI	Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás.	<b>0.69</b>
54-EDI	Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercárame o entablar amistad.	0.55
57-EDI	Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.	<b>0.76</b>

Tabla 23-R. Reactivos agrupados en un único componente. C.P.= Carga ponderal y con negritas las  $>0.60$ .

Posteriormente, con el objetivo de confirmar si dichos reactivos son capaces de diferenciar significativamente entre los grupos (TCA y control) se procesó la prueba *t* de Student, encontrándose que si bien todos denotaron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 24-R), la pregunta 30 obtuvo el menor valor del estadístico *t* y considerando que también presentó la menor carga ponderal, se decidió anularla. De esta manera, los seis ítems retenidos estuvieron significativamente correlacionados con la puntuación total del factor (rango de  $r = 0.63$  a  $0.75$ ;  $p \leq 0.0001$ ). Finalmente, el factor obtuvo –en la muestra total– un coeficiente  $\alpha = 0.76$ , mientras que para TCA fue  $0.77$  y para control  $0.61$ .

**TABLA 24-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
15	EDI	1.93 ± 0.87	1.55 ± 0.71	4.88 ***
17		1.86 ± 0.77	1.63 ± 0.74	2.91 **
23		1.79 ± 0.84	1.44 ± 0.68	4.39 ***
30		1.76 ± 0.86	1.54 ± 0.77	2.27 *
34		1.68 ± 0.84	1.21 ± 0.54	6.39 ***
54		1.34 ± 0.69	1.05 ± 0.28	5.37 ***
57		1.97 ± 0.79	1.45 ± 0.63	7.05 ***

Tabla 24-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del único factor derivado.

\* p ≤ 0.05, \*\* p ≤ 0.0, \*\*\* p ≤ 0.0001.

### IDENTIFICACIÓN INTEROCEPTIVA

Fueron derivados dos componentes que explican 53.16% de la variabilidad total, pero sólo el primero –con valor propio de 3.55– explica 39.41% con base a siete de las preguntas ingresadas (Tabla 25-R), ya que fueron eliminados los ítems 40 ("No me doy cuenta de si tengo hambre o no") y 47 ("Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena"), todas con carga ponderal mayor > 0.60.

**TABLA 25-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
8-EDI	Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos.	0.66
21-EDI	Me siento confundida ante las emociones que siento.	0.73
26-EDI	Puedo identificar claramente las emociones que siento.	0.64
33-EDI	No sé lo que está pasando dentro de mí.	0.68
44-EDI	Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control.	0.73
51-EDI	Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada.	0.64
60-EDI	Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente.	0.78

Tabla 25-R. Reactivos agrupados en un único componente. C.P.= Carga ponderal.

Mientras que al realizar la comparación entre el grupo con TCA y el control (Tabla 26-R), se confirma que las siete preguntas diferencian de forma significativa entre los grupos (p= 0.0001). De forma aunada los siete ítems retenidos estuvieron significativamente correlacionados con la puntuación total del factor (rango de r= 0.63 a 0.77; p ≤ 0.0001). Así conformado, el factor –en la muestra

total– derivó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.83, mientras que en el caso del grupo TCA fue de 0.82 contra sólo 0.57 del control.

**TABLA 26-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
8	EDI	1.80 ± 0.91	1.15 ± 0.49	8.54 *
21		1.77 ± 0.89	1.27 ± 0.64	6.14 *
26		1.92 ± 0.79	1.43 ± 0.66	6.48 *
33		1.76 ± 0.93	1.19 ± 0.53	7.27 *
44		1.89 ± 0.92	1.22 ± 0.58	8.40 *
51		1.97 ± 0.93	1.25 ± 0.63	8.79 *
60		1.69 ± 0.89	1.17 ± 0.52	6.86 *

Tabla 26-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del primer factor derivado.

\*  $p \leq 0.0001$ .

### 3) Factores Socioculturales

#### *INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD*

Los resultados tras la rotación VARIMAX arrojaron un único componente que con valor propio de 6.72 explica 55.97% de la variabilidad con base al total de preguntas ingresadas (Tabla 27-R), todos con carga ponderal  $\geq 0.70$ , –a excepción de los reactivos 35 y 37– mismos que se decidió eliminar.

Posteriormente se realizó la comparación entre los grupos TCA y control con objeto de seleccionar los ítems que mejor discriminaran entre estos (Tabla 28-R), hallándose que si bien los 10 arrojaron diferencias significativas ( $p= 0.0001$ ), dos obtuvieron los menores valores del estadístico  $t$ , siendo el 23 y el 33, por lo que se optó por eliminarlos. Por tanto, los ocho reactivos retenidos mostraron estar asociados con la puntuación total en el factor (rango de  $r= 0.73$  a  $0.85$ ;  $p \leq 0.0001$ ). De esta forma, el factor obtuvo  $\alpha = 0.92$ , más específicamente, fue  $0.85$  para el grupo TCA y  $0.81$  para el control.



**TABLA 27-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
6-CIMEC	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?.	<b>0.83</b>
8-CIMEC	¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?.	<b>0.82</b>
9-CIMEC	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	<b>0.75</b>
15-CIMEC	¿Llaman tu atención los anuncios d productos adelgazantes que aparecen en las revistas?.	<b>0.83</b>
21-CIMEC	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?.	<b>0.72</b>
23-CIMEC	Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?.	<b>0.70</b>
26-CIMEC	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?.	<b>0.74</b>
28-CIMEC	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	<b>0.82</b>
33-CIMEC	¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?.	<b>0.78</b>
35-CIMEC	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?	0.65
37-CIMEC	¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior?	0.51
38-CIMEC	¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?.	<b>0.72</b>

Tabla 27-R. Reactivos agrupados en un único componente. C.P.= Carga ponderal y con negritas la  $\geq 0.70$ .

**TABLA 28-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
6	CIMEC	2.30 $\pm$ 0.68	1.48 $\pm$ 0.60	<b>12.39 *</b>
8		2.13 $\pm$ 0.70	1.32 $\pm$ 0.53	<b>12.50 *</b>
9		2.05 $\pm$ 0.74	1.23 $\pm$ 0.47	<b>12.78 *</b>
15		2.18 $\pm$ 0.71	1.36 $\pm$ 0.50	<b>12.88 *</b>
21		1.89 $\pm$ 0.73	1.15 $\pm$ 0.39	<b>12.22 *</b>
23		2.15 $\pm$ 0.72	1.49 $\pm$ 0.58	9.71 *
26		2.39 $\pm$ 0.65	1.54 $\pm$ 0.62	<b>12.89 *</b>
28		2.29 $\pm$ 0.66	1.40 $\pm$ 0.58	<b>13.70 *</b>
33		2.16 $\pm$ 0.71	1.60 $\pm$ 0.56	10.40 *
38		1.83 $\pm$ 0.80	1.07 $\pm$ 0.29	<b>12.26 *</b>

Tabla 28-R. Comparación (puntuación promedio  $\pm$  desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del factor único derivado.

\*  $p \leq 0.0001$ .

*INFLUENCIA DE MODELOS SOCIALES*

Se extrajo un único factor que explicó 45.72% de la variabilidad con base a las nueve preguntas ingresadas, pero dos con carga ponderal <0.60 (Tabla 29-R), situación por la que fueron anulados.

**TABLA 29-R**

<b>REACT.</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>C.P.</b>
1-CIMEC	Cuando estás viendo una película ¿Miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?	<b>0.70</b>
3-CIMEC	Cuando comes con otras personas ¿Te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	<b>0.67</b>
4-CIMEC	¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	<b>0.72</b>
12-CIMEC	Cuando vas a la calle ¿Te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	<b>0.72</b>
16-CIMEC	¿Envidias la delgadez de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	<b>0.78</b>
31-CIMEC	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	<b>0.60</b>
34-CIMEC	¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	<b>0.67</b>
37-CIMEC	¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas en traje de baño o ropa interior?	0.57
39-CIMEC	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	0.56

Tabla 29-R. Reactivos agrupados en un único componente. C.P.= Carga ponderal y con negritas  $\geq 0.60$ .

Por otro lado, en la tabla 30-R podemos observar que cuando implementamos la prueba *t* de Student para evaluar la aptitud de los siete reactivos para diferenciar entre el grupo TCA y el control, todos lo hicieron de forma significativa ( $p= 0.0001$ ). Además, el análisis de correlación entre los siete reactivos y su puntuación total, se encontró que todos derivaron asociaciones significativas ( $r= 0.64$  a  $0.79$ ). Finalmente, el coeficiente alpha de Cronbach para la muestra total fue 0.83, en tanto que fue 0.76 para TCA y de 0.63 para control.

**Tabla 30-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
1	CIMEC	2.52 ± 0.58	1.95 ± 0.55	9.65 *
3		2.14 ± 0.71	1.43 ± 0.53	11.03 *
4		2.35 ± 0.71	1.73 ± 0.63	8.81 *
12		2.26 ± 0.66	1.59 ± 0.59	10.25 *
16		2.43 ± 0.69	1.63 ± 0.61	11.95 *
31		2.32 ± 0.76	1.63 ± 0.75	8.84 *
34		2.40 ± 0.71	1.79 ± 0.69	8.51 *

Tabla 30-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del factor único derivado.  
\*  $p \leq 0.0001$ .

### *INFLUENCIA DE RELACIONES SOCIALES*

El análisis factorial extrajo dos componentes que explican 54.00% de la variabilidad total, de la cual sólo el primero explica poco más de la mitad (33.02%) con base a las preguntas ingresadas originalmente, todas con carga ponderal  $\geq 0.50$  (Tabla 31-R).

Por otro lado, y con la finalidad de confirmar cuáles son las preguntas que mejor discriminan entre los grupos TCA y control, se aplicó la prueba *t* de Student (Tabla 32-R), detectando que dos de los reactivos (2 y 30) no diferenciaron significativamente entre los grupos, en tanto que dos más (18 y 36) lo hicieron con una menor aptitud, por tanto se decidió eliminar estos cuatro reactivos, conservando siete preguntas, mismas que estuvieron significativamente correlacionados con la puntuación total ( $r= 0.60$  a  $0.73$ ). Por tanto, el factor obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.73 en la muestra total, y por grupo –control y TCA– fueron 0.64 y 0.67, respectivamente.

**TABLA 31-R**

REACT.	CONTENIDO	C.P.
2-CIMEC	¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante?	0.50
7-CIMEC	¿Entre tus compañeras y amigas suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	0.67
10-CIMEC	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	0.52
14-CIMEC	¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	0.72
18-CIMEC	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	0.57
19-CIMEC	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	0.53
24-CIMEC	¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que vive contigo?	0.50
27-CIMEC	¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	0.63
30-CIMEC	¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	0.51
32-CIMEC	¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?	0.73
36-CIMEC	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	0.52

Tabla 31-R. Reactivos agrupados en un único componente. C.P.= Carga ponderal.

**TABLA 32-R**

Reactivos	Instrumentos	TCA	Control	t de Student
2	CIMEC	2.33 ± 0.70	2.18 ± 0.78	1.94
7		2.29 ± 0.66	1.91 ± 0.59	<b>5.76</b> ***
10		1.98 ± 0.65	1.52 ± 0.54	<b>7.34</b> ***
14		1.85 ± 0.70	1.49 ± 0.59	<b>5.27</b> ***
18		1.99 ± 0.62	1.79 ± 0.59	3.23 **
19		2.27 ± 0.71	1.61 ± 0.60	<b>9.78</b> ***
24		2.13 ± 0.76	1.83 ± 0.72	<b>4.01</b> ***
27		2.17 ± 0.68	1.88 ± 0.66	<b>4.17</b> ***
30		2.00 ± 0.74	1.89 ± 0.71	1.52
32		1.97 ± 0.68	1.53 ± 0.56	<b>6.77</b> ***
36		1.66 ± 0.68	1.46 ± 0.58	3.06 *

Tabla 32-R. Comparación (puntuación promedio ± desviación estándar) entre el grupo con TCA (n= 188) y el grupo control (n= 188) respecto a los reactivos del primer factor derivado.

\* p ≤ 0.01, \*\* p ≤ 0.001, \*\*\* p ≤ 0.0001.

Con base a los resultados de esta fase, el Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario quedó conformado por un total de 100 ítems agrupados en 3 escalas, éstas organizadas de la manera siguiente:

*Escala de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ETCA):* Evalúa los componentes o síntomas de la anorexia y bulimia nerviosas a partir de 51 reactivos distribuidos en 8 subescalas (Tabla 33-R), esto una vez que –como ya se mencionó antes– fue anulada la referente a fluctuaciones en el peso, dado que si bien se confirmó la dirección predictiva de sus tres reactivos, mostró deficiente consistencia interna. No así las ocho subescalas conservadas, las que mostraron niveles de consistencia interna que fueron desde buena hasta excelente para el caso de la muestra total y, específicamente, de buena a muy buena en la muestra clínica.

**TABLA 33-R**

SUBESCALA	NÚMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	∞ MUESTRA TOTAL	∞ MUESTRA CLÍNICA
Insatisfacción Corporal	7	12, 14, 19, 20, 21 23 y 29 (BSQ)	0.92	0.84
Motivación para Adelgazar	7	14, 15 y 25 (EAT), 7 16 y 49 (EDI), y 2 (BSQ)	0.92	0.78
Preocupación por la Comida	7	3, 6, 31 y 34 (EAT), 2 y 28 (BULIT), y 40 CIMEC	0.87	0.78
Restricción Alimentaria	7	5, 9, 37 y 38 (EAT), 19 (BULIT), 22 (BSQ) y 13 (CIMEC)	0.83	0.69
Atracón Alimentario	7	3, 8, 17, 22 y 35 (BULIT), 5 (EDI), y 7 (EAT)	0.86	0.84
Sentimientos Negativos posteriores al Atracón	6	14, 20 y 29 (BULIT), 11 (EDI), 6 y 17 (BSQ)	0.93	0.81
Conductas Compensatorias	7	28 y 40 (EAT), 15 y 34 (BULIT), 26 y 32 (BSQ), y 53 (EDI)	0.85	0.82
Presión Social Percibida	3	12, 24 y 33 (EAT)	0.76	0.76

Tabla 33-R. Escala de Componentes de Trastorno Alimentario (ETA) con su respectiva alpha para muestra total y clínica.

*Escala de Factores Individuales (EFI):* Evalúa factores cognitivos o conductuales asociados a la anorexia y bulimia nerviosas, incluye 27 ítems –todos del EDI– distribuidos en 4 subescalas (Tabla 34-R), dado que el factor

Perfeccionismo quedó anulado por presentar inadecuada consistencia interna, aún cuando sus tres preguntas mostraron adecuada dirección predictiva. En este caso, las cuatro subescalas conservadas registraron desde buena hasta muy buena consistencia interna, esto tanto en la muestra total como en la clínica.

**TABLA 34-R**

SUBESCALA	NÚMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	$\alpha$ MUESTRA TOTAL	$\alpha$ MUESTRA CLÍNICA
Miedo a madurar	7	3, 6, 14, 22, 39, 48 y 58	0.81	0.81
Ineficacia	7	10, 24, 27, 37, 41 42 y 56	0.88	0.87
Desconfianza Interpersonal	6	15, 17, 23, 34, 54 y 57	0.76	0.77
Identificación Interoceptiva	7	8, 21, 26, 33, 44 51 y 60	0.83	0.82

Tabla 34-R. Escala de Factores Individuales (EFI) con su respectiva alpha para muestra total y clínica.

*Escala de Factores Socioculturales (EFAS):* Valora la interiorización del modelo estético corporal de delgadez con base a 22 preguntas del CIMEC, divididas en tres subescalas (Tabla 35-R). En lo que respecta a la muestra total, las subescalas mostraron consistencia interna desde buena hasta excelente; en tanto que en la muestra clínica fue desde adecuada hasta muy buena.

**TABLA 35-R**

SUBESCALA	NÚMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	$\alpha$ MUESTRA TOTAL	$\alpha$ MUESTRA CLÍNICA
Influencia de la Publicidad	8	6, 8, 9, 15, 21, 26 28 y 38	0.92	0.85
Influencia de Modelos Sociales	7	1, 3, 4, 12, 16, 31 y 34	0.83	0.76
Influencia de Relaciones Sociales	7	7, 10, 14, 19, 24, 27 y 32	0.73	0.64

Tabla 35-R. Escala de Factores Individuales (EFI) con su respectiva alpha para muestra total y clínica.

## EVALUACIÓN DE VALIDEZ DE LAS ESCALAS Y SUBESCALAS

La Escala de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ETCA) derivó un alto coeficiente de validez global ( $r= 0.84$ ), y de entre las subescalas destacaron Motivación para adelgazar ( $r= 0.81$ ) y Sentimientos negativos posteriores al atracón ( $r= 0.80$ ); en tanto que en tres de ellas (Atracón alimentario, Conductas compensatorias y Presión social percibida) fue excesivamente bajo (Tabla 36-R).

**TABLA 36-R**

<b>ETCA</b>	
<b>Subescala</b>	<b>Coeficiente</b>
Insatisfacción Corporal	0.74 *
Motivación para Adelgazar	0.81 *
Preocupación por la Comida	0.72 *
Restricción Alimentaria	0.70 *
Atracón Alimentario	0.55 *
Sentimientos Negativos posteriores al Atracón	0.80 *
Conductas Compensatorias	0.49 *
Presión Social Percibida	0.30 *
Total ETCA	0.84 *

Tabla 36-R. Coeficientes de validez global de la Escala de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ETCA) y sus subescalas. \*  $p \leq 0.0001$ .

Contrariamente, la Escala de Factores Individuales (EFI) y sus cuatro subescalas obtuvieron coeficientes de validez global débiles ( $r= 0.54$ ), y particularmente el referente a la Desconfianza interpersonal (Tabla 37-R).

**TABLA 37-R**

<b>EFI</b>	
<b>Subescala</b>	<b>Coeficiente de Validez Global</b>
Miedo a madurar	0.40 *
Ineficacia	0.47 *
Desconfianza Interpersonal	0.38 *
Identificación Interoceptiva	0.51 *
Total EFI	0.54 *

Tabla 37-R. Coeficientes de validez global de la Escala de Factores Individuales (EFI) y sus subescalas \*  $p \leq 0.0001$ .

Finalmente, la Escala de Factores Socioculturales (EFAS) y sus subescalas obtuvieron adecuados coeficientes de validez global, esto a excepción de la conducente a valorar la Influencia de relaciones sociales (Tabla 38-R).

**TABLA 38-R**

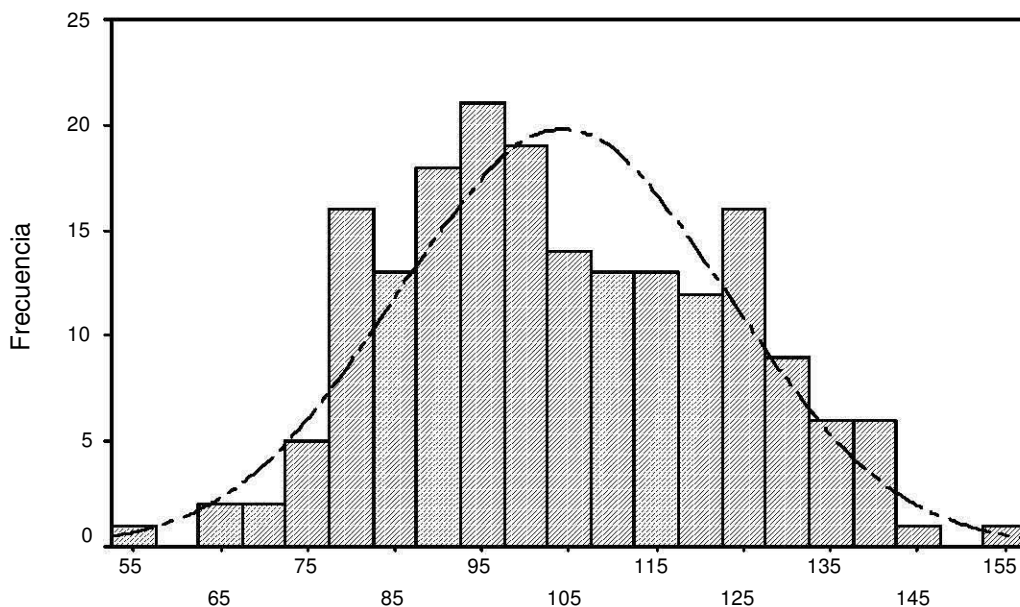
<b>EFAS</b>	
<b>Subescala</b>	<b>Coeficiente de Validez Global</b>
Influencia de la Publicidad	0.69 *
Influencia de Modelos Sociales	0.64 *
Influencia de Relaciones Sociales	0.49 *
Total EFAS	0.71 *

Tabla 38-R. Coeficientes de validez global de la Escala de Factores Socioculturales (EFAS) y sus subescalas \*  $p \leq 0.0001$ .

El siguiente paso consistió en analizar la distribución de frecuencias de las muestras (TCA y control) en cuanto a su puntuación total en cada una de las tres escalas, cabe señalar que en todas destacan los mayores valores del grupo clínico. En la escala ETCA, los percentiles del grupo clínico (TCA) se ubicaron en: 90-100-119 y en 55-58-62 para el grupo control (GC); en tanto que sus puntuaciones promedio fueron 104.22 (D.E.= 18.91) y 59.94 (D.E.= 7.96), respectivamente (ver Gráficas 1 y 2). El pico de la frecuencia se sitúa en el rango de puntuación de 92.5 a 97.5 (TCA) y de 52.5 a 57.5 (GC); en tanto que la cúspide de la curva de normalidad fueron de 97.5 a 112.5 y de 55.0 a 65.0, respectivamente.



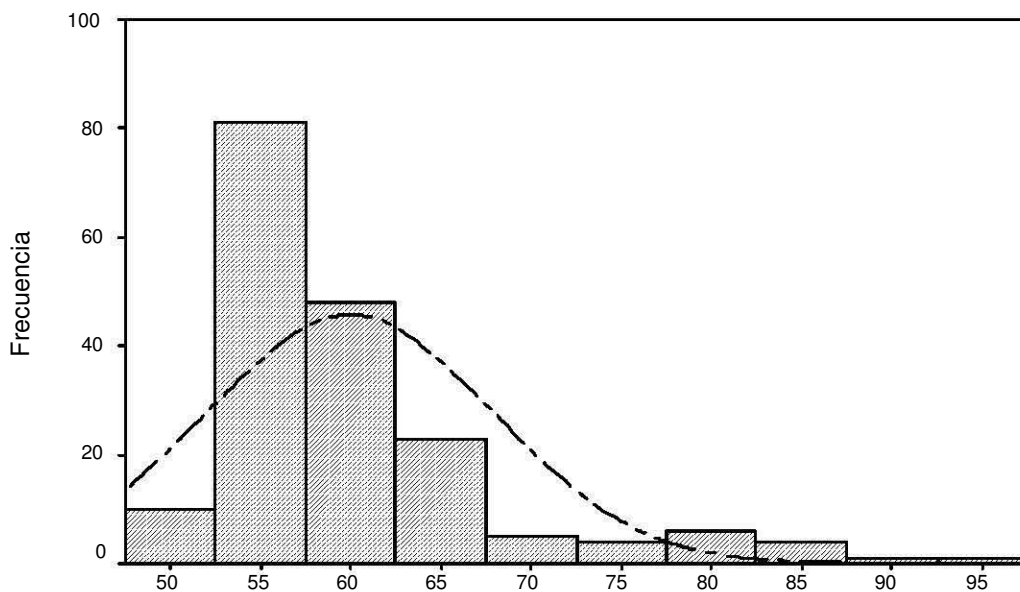
### GRÁFICA 1



Escala de Trastorno Alimentario (ETA)

Gráfica 1. Distribución de frecuencias de la muestra clínica en cuanto a la escala de trastornos del comportamiento alimentario (ETCA).

### GRÁFICA 2



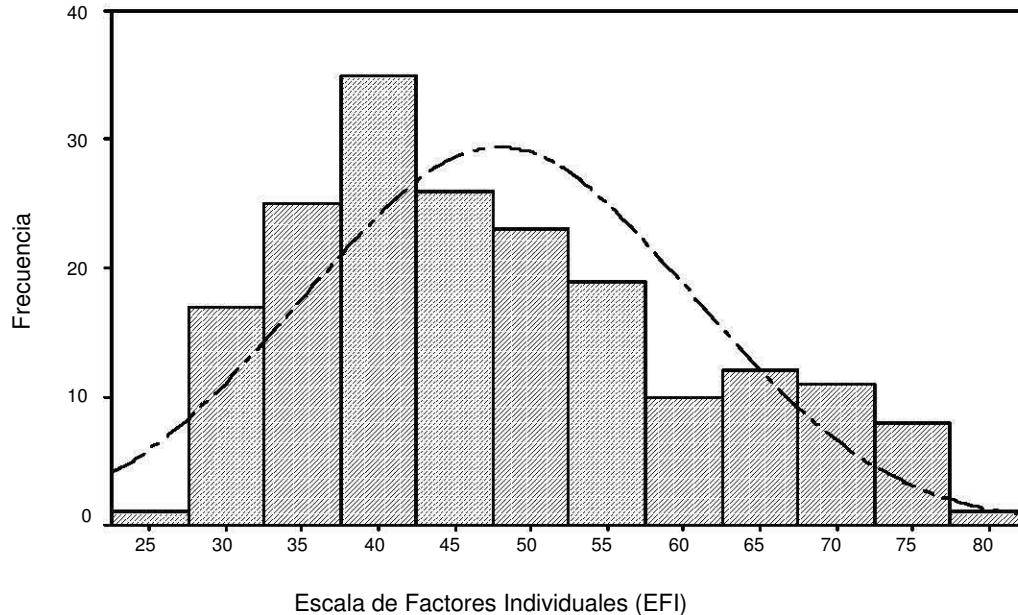
Escala de Trastorno Alimentario (ETA)

Gráfica 2. Distribución de frecuencias de la muestra control en cuanto a la escala de trastornos del comportamiento alimentario (ETCA).

En lo que refiere a EFI, fueron identificados percentiles de 38-45-57 para TCA y de 30-34-38 para GC, mientras que las medias fueron 47.90 (D.E.= 12.73) y 34.99 (D.E.= 6.28), respectivamente. El valor más frecuente se encuentra en el rango de 37.5 a 42.5 (TCA) y de 29 a 31.5 (GC), y concerniente a la cúspide de la curva de normalidad se estimaron valores que van de 42.5 a 52.5 y de 33 a 38, respectivamente (Gráficas 3 y 4).

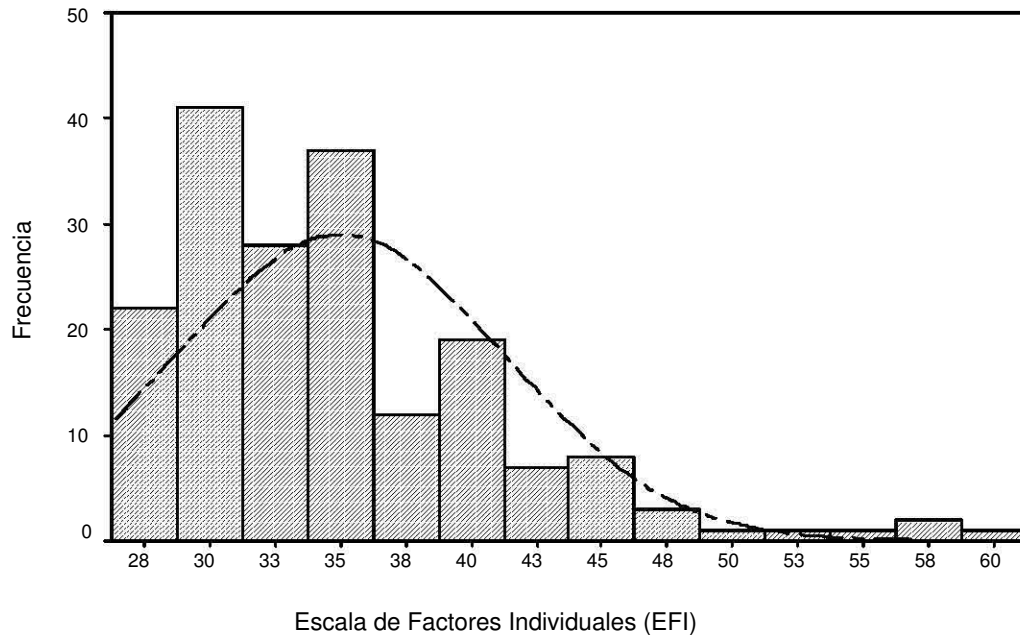
Por último, en la escala EFAS los percentiles derivados fueron 43-49-54 (TCA) y de 30-34-38 (GC), con puntuaciones promedio de 48.14 (D.E.= 8.06) y 34.06 (D.E.= 5.89), respectivamente. Situándose el pico de frecuencia, en el primer caso, de 49 a 51.5 y de 34 a 36.5 en el segundo; en tanto que la cúspide de la curva de normalidad se encuentra en el rango de 45 a 51.5 y de 31.5 a 37.5, respectivamente (Gráficas 5 y 6).

**GRÁFICA 3**



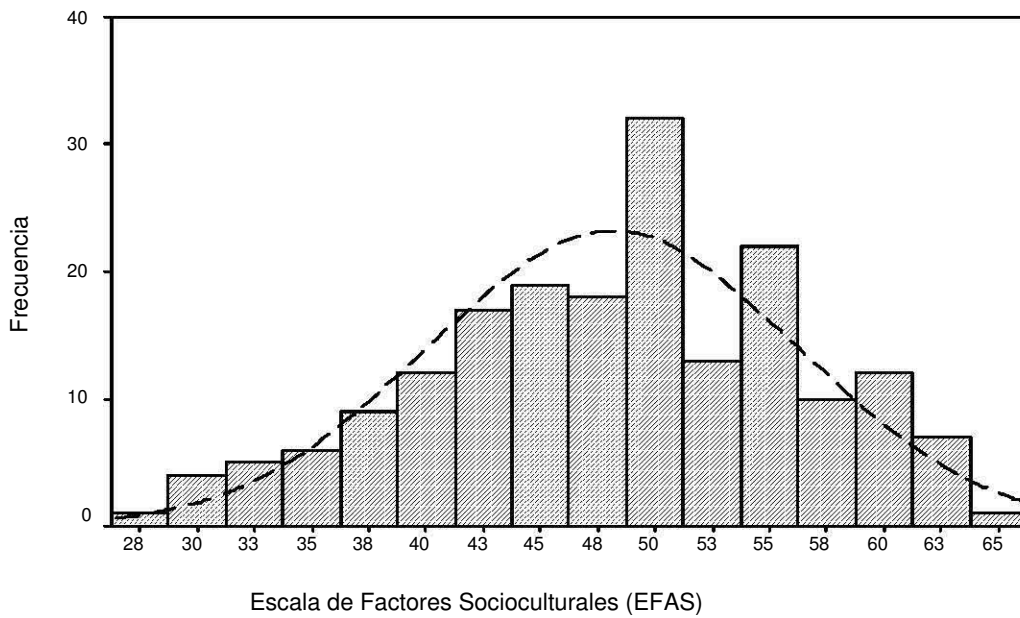
Gráfica 3. Distribución de frecuencias de la muestra clínica en cuanto a la Escala de factores individuales (EFI).

### GRÁFICA 4



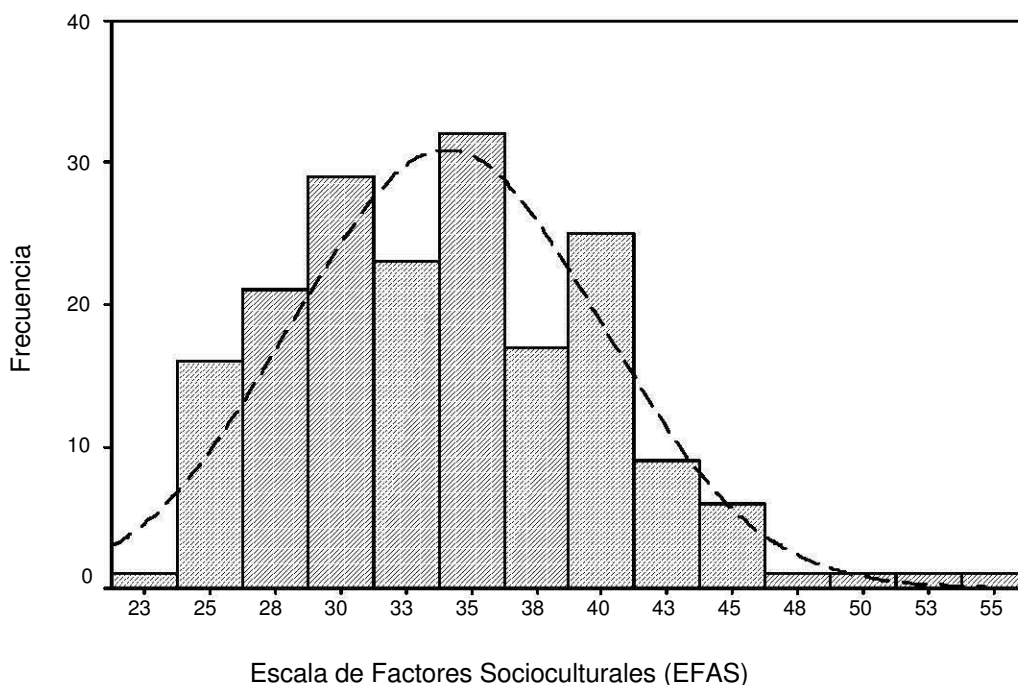
Gráfica 4. Distribución de frecuencias de la muestra control en cuanto a la Escala de factores individuales (EFI).

### GRÁFICA 5



Gráfica 5. Distribución de frecuencias de la muestra clínica en cuanto a la Escala de factores socioculturales (EFAS).

**GRÁFICA 6**



Gráfica 6. Distribución de frecuencias de la muestra control en cuanto a la Escala de factores socioculturales (EFAS).

Por otra parte, posteriormente se procedió a derivar los puntos de corte (P.C.) para cada escala, partiendo para ello del análisis de la distribución de frecuencias de las puntuaciones de ambos grupos.

Así, en el caso de ETCA, el P.C. que denota mayor equilibrio entre sensibilidad (95%) y especificidad (94%) fue  $\geq 78$ , con el que se obtienen 5% tanto de falsos positivos (FP) como de falsos negativos (FN). En tanto que en la escala EFI, el P.C fue  $\geq 38$ , con 77% de sensibilidad y 72% de especificidad, reflejándose ello en 28% de FP y 23% de FN. Finalmente, para EFAS, fue derivado el P.C.  $\geq 40$ , con sensibilidad del 84% y especificidad del 81%, con 19% de FP y 16% de FN (Tabla 39-R).

**Tabla 39-R**

<b>ESCALA</b>	<b>SENSIBILIDAD</b>	<b>ESPECIFICIDAD</b>	<b>VALIDEZ GLOBAL</b>	<b>FP(%)</b>	<b>FN(%)</b>
<b>ETCA ≥ 78</b>	95%	94%	94%	10 (5%)	10 (5%)
<b>EFI ≥ 38</b>	77%	72%	74%	52 (28%)	43 (23%)
<b>EFAS ≥ 40</b>	84%	81%	83%	35 (19%)	30 (16%)

Tabla 39-R. Puntos de corte de cada una de las escalas derivadas.

Por último, se aplicó el análisis estadístico discriminante con objeto de evaluar la capacidad de cada una de las escalas para discriminar y clasificar adecuadamente a los sujetos con TCA respecto a los control.

En la tabla 40-R se observa que las tres escalas fueron capaces de discriminar y clasificar significativamente ( $p = \leq 0.0001$ ), pero en la escala ETCA se ve potenciada dicha capacidad, pues obtuvo el menor valor del estadístico Lambda de Wilk ( $\lambda = 0.30$ ), con un total de 93% de casos correctamente clasificados, específicamente correspondió a 89% del grupo TCA y 97% del control. En tanto que por la puntuación en EFI fueron correctamente clasificados 62% del grupo TCA y 87% del control, representando un total de 74%. Al respecto, cabe señalar que pese al menor número de clasificaciones adecuadas en esta escala, también se confirmó la capacidad discriminatoria con una Lambda de Wilk de 0.71. Finalmente, en EFAS incrementó el total de casos clasificados correctamente (85%), en particular 80% de TCA y 90% control ( $\lambda = 0.50$ ).

**Tabla 40-R**

ESCALA	Grupo Real	Grupo Predicho		Clasificaciones Correctas
		TCA	Control	
ETCA	TCA	88.8 %	11.2%	92.7%
	Control	3.3%	96.7%	
EFI	TCA	61.7%	38.3%	74.1%
	Control	13.1%	86.9%	
EFAS	TCA	80.3%	19.7%	84.9%
	Control	10.4%	89.6%	

Tabla 40-R. Porcentajes de clasificación derivados para cada una de las tres escalas, por medio del análisis discriminante.

## DISCUSIÓN

El Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CUMUTA) quedó conformado con base a 100 reactivos agrupados en tres escalas. La primera de ellas, denominada Escala de Trastorno del Comportamiento Alimentario (ETCA), quedó constituida por 51 preguntas agrupadas en ocho subescalas, cada una de ellas conducente a evaluar la presencia de los diversos síntomas o componentes de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). La segunda escala del CUMUTA, nombrada Escala de Factores Individuales (EFI), es conducente a valorar algunas de las principales características cognitivas que comúnmente se asocian a la presencia de TCA, dicha escala quedó conformada por 27 ítems, divididos en cuatro subescalas. Por último, la Escala de Factores Socioculturales (EFAS) agrupa tres subescalas a partir de 22 preguntas, éstas enfocadas a evaluar los principales mecanismos de influencia sociocultural del modelo estético corporal de delgadez.

Consideramos relevante contrastar el CUMUTA con el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) de Garner *et al.* (1983), dado que éste también es un cuestionario multidimensional creado a partir de la justificación de que la evaluación de rasgos psicológicos permitiría diferenciar a los tipos de TCA (anorexia y bulimia nerviosas).

Concretamente, el EDI puede dividirse en dos áreas conceptuales: la primera conducente a la evaluación de tres de los componentes o síntomas de TCA, como son: Insatisfacción corporal, Motivación para adelgazar y Bulimia; en tanto que la segunda más bien está dirigida a cinco factores cognitivos frecuentemente presentes en las pacientes con TCA. Si bien Garner *et al.* (1983) sostienen que el EDI puede ser útil como instrumento de tamizaje de TCA, creemos que para tal fin dicho cuestionario presenta una limitación importante debido a que sólo evalúa los tres síntomas de TCA ya mencionados, sin considerar otros también relevantes, como son: Preocupación por la comida, Restricción alimentaria y Presión social

percibida; mientras que en el caso específico de su subescala Bulimia, cabe mencionar que ésta es contemplada en el EDI de una manera muy general, esto en razón de que de los siete reactivos que engloba, seis van dirigidos al atracón y sólo uno a las conductas compensatorias, estrictamente a la autoinducción del vómito. Contrariamente, en el CUMUTA –en su escala ETCA– el constructo bulimia se presenta de forma desglosada, siendo valorado de una manera más específica con base a tres subescalas: Atracón alimentario, Sentimientos negativos posteriores al atracón y Conductas compensatorias. Así, la escala ETCA –a partir de sus ocho subescalas– considera una más amplia gama de los síntomas de TCA vigentes en la actualidad, por lo que se sugiere como un instrumento que puede ser apto para la función de realizar el tamizaje de los TCA.

Por otro lado, la segunda área conceptual del EDI, que evalúa factores cognitivos a partir de cinco subescalas, se observa que cuatro de ellas confluyen con las incluidas en la escala EFI del CUMUTA, éstas son: Miedo a madurar, Ineficacia, Desconfianza interpersonal e Identificación interoceptiva, de modo que la única que no coincide es la de Perfeccionismo, dado que ésta no parece ser característica de las mujeres mexicanas con TCA. Hecho que ha sido reportado con anterioridad en muestras femeninas mexicanas, tanto comunitarias (Mancilla *et al.*, 1998; Mancilla *et al.*, 1999; Alvarez, Franco *et al.*, 2000) como clínicas (Mancilla *et al.*, 2003), lo que ha llevado a que en el Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN) de la FES Iztacala (UNAM) actualmente se esté llevando a cabo una investigación sobre la asociación entre perfeccionismo y los TCA en población mexicana, la cual permita establecer si es que esta relación no se ha encontrado en mujeres mexicanas porque es inexistente o porque no se ha conceptualizado y, por tanto, valorado adecuadamente. Esto sustentado en que ya desde 1978 Hamachek (cit en Franco *et al.*, 2005) sugiere la existencia de dos tipos de perfeccionismo: normal y neurótico, a los que –más recientemente– Swinson (1998, cit en Franco *et al.*, 2005) denominó como no patológico y patológico, planteando además la naturaleza multidimensional del perfeccionismo (auto-orientado, orientado a los otros y socialmente establecido) y fundamentando su



presencia en varias patologías. Por tanto, y en el caso específico de México, Franco *et al.* (2005) subrayan la necesidad de desarrollar y aplicar otros tipos de medidas como alternativa al EDI, el cual si bien tradicionalmente ha sido empleado, posiblemente no abarca todas las dimensiones o características necesarias para poder explorar el papel específico del perfeccionismo en la anorexia y la bulimia nerviosas.

Por último, resulta importante señalar que el CUMUTA cuenta con la escala de Factores Socioculturales (EFAS), dimensión que no es valorada por el EDI, y si nos remitimos a que los dos cuestionarios son multidimensionales en el estudio de los TCA, y tendría que considerarse la evaluación de las vías socioculturales de influencia del modelo estético corporal de delgadez, pues actualmente es innegable que se ha acentuado marcadamente el bombardeo publicitario que promueve la interiorización del ideal estético que supone la delgadez y, paralelamente, se ha testificado la relevancia de los factores socioculturales en la etiología de los TCA (Alvarez, Mancilla, Martínez *et al.*, 1998; Borzekowski *et al.*, 2000; Guillemot y Laxenaire, 1994; Hee-Lee *et al.*, 2000; Sánchez, 2000; Sherman y Thompson, 1999; Toro, 1996, 2000).

Finalmente, el cuanto a su formato, el EDI cuenta con 64 preguntas y el CUMUTA con 100, resultando ser 36 reactivos más en este último, incremento en la extensión del cuestionario poco sustancial si consideramos que la estructura multidimensional del CUMUTA es más completa, así que este instrumento es una herramienta económica, en razón de que evalúa dimensiones que supondría la aplicación de otros cuestionarios para completar la evaluación multidimensional que se puede lograr con el empleo del CUMUTA.

A continuación se procederá a analizar las implicaciones de los resultados del presente estudio en cuanto a cada una de las escalas y subescalas del CUMUTA.

## → Escala de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ETCA)

ETCA es la escala más importante del CUMUTA, dado que su objetivo es evaluar los principales síntomas o componentes de los TCA, de ahí que contenga el mayor número de ítems distribuidos a lo largo de ocho subescalas. Esta escala obtuvo un excelente nivel de consistencia interna, sustancialmente mayor a las otras dos escalas (EFI y EFAS)

A continuación, se contrastan las propiedades psicométricas de la escala ETCA con respecto a las reportadas para el caso del EAT y del BULIT en mujeres mexicanas (Tabla 1-D).

Inicialmente, se observa que si bien el EAT está conformado por 40 reactivos, sólo 25 de éstos –los agrupados en el estudio de Alvarez, Mancilla *et al.* (2004)– muestran ser útiles para evaluar Dieta restrictiva, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida, Presión social percibida y Bulimia, aunque este último factor presenta duplicidad respecto a la estructura factorial del BULIT, el cual es un cuestionario diseñado para valorar los síntomas de la bulimia nerviosa que, de acuerdo con Alvarez, Mancilla *et al.* (2000), son tres: Atracón, Sentimientos negativos posteriores al atracón y Conductas compensatorias, con base a 22 de los 36 reactivos que conforman dicho cuestionario. Por tanto, si es sumado el total de ítems del EAT y del BULIT agrupados en los factores que éstos evalúan, tenemos un total de 47, que en comparación con los 51 reactivos de la ETCA –sólo supone cuatro más–, ésta permite valorar no sólo los ocho componentes de TCA que comprenden el EAT y el BULIT, sino que además incluye un componente no considerado por dichos instrumentos, la insatisfacción corporal (IC), por lo que su evaluación suponía el considerar el empleo de un tercer instrumento, por ejemplo, el BSQ o la subescala IC del EDI.

**TABLA 1-D**

<b>EAT</b>	<b>BULIT</b>	<b>ETCA</b>
40 reactivos/25 agrupados.	36 reactivos/22 agrupados	51 reactivos, incluyendo IC
<b>CONSISTENCIA INTERNA</b>		
$\alpha = 0.93$ (muestra clínica y control). $\alpha = 0.90$ (muestra clínica).	$\alpha = 0.91$ (muestra clínica y control). $\alpha = 0.84$ (muestra clínica).	$\alpha = 0.97$ (muestra clínica y control). $\alpha = 0.92$ (muestra clínica).
<b>VALIDEZ GLOBAL</b>		
r= 0.70	-----	r= 0.84
<b>FACTORES</b>		
<p style="text-align: center;">5 factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta restrictiva/DR</li> <li>• Bulimia/B</li> <li>• Motivación para adelgazar /MA</li> <li>• Preocupación por la comida/PC</li> <li>• Presión social percibida/PSP</li> </ul>	<p style="text-align: center;">3 factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atracón alimentario/AA</li> <li>• Sentimientos negativos posteriores al atracón /SNA</li> <li>• Conductas compensatorias /CC</li> </ul>	<p style="text-align: center;">8 factores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción corporal/IC</li> <li>• Motivación para adelgazar/MA</li> <li>• Preocupación por la comida/PC</li> <li>• Restricción alimentaria/RA</li> <li>• Atracón alimentario/AA</li> <li>• Sentimientos negativos posteriores al atracón/SNA</li> <li>• Conductas compensatorias/CC</li> <li>• Presión social percibida/PSP</li> </ul>
<b>CONSISTENCIA INTERNA DE LOS FACTORES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DR <math>\alpha = 0.88</math></li> <li>• B <math>\alpha = 0.87</math></li> <li>• MA <math>\alpha = 0.85</math></li> <li>• PC <math>\alpha = 0.77</math></li> <li>• PSP <math>\alpha = 0.76</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOB <math>\alpha = 0.85</math></li> <li>• SNS <math>\alpha = 0.82</math></li> <li>• CC <math>\alpha = 0.58</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IC <math>\alpha = 0.84</math></li> <li>• MA <math>\alpha = 0.78</math></li> <li>• PC <math>\alpha = 0.78</math></li> <li>• RA <math>\alpha = 0.69</math></li> <li>• AA <math>\alpha = 0.84</math></li> <li>• SNA <math>\alpha = 0.81</math></li> <li>• CC <math>\alpha = 0.82</math></li> <li>• PSP <math>\alpha = 0.76</math></li> </ul>
<b>DIRECCION PREDICTIVA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DR <math>t = 16.91</math> **</li> <li>• B <math>t = 18.06</math> **</li> <li>• MA <math>t = 20.02</math> **</li> <li>• PC <math>t = 17.19</math> **</li> <li>• PSP <math>t = 11.57</math> **</li> <li>• EAT <math>t = 23.06</math> **</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AA <math>t = 8.51</math> **</li> <li>• SNA <math>t = 7.47</math> **</li> <li>• CC <math>t = 3.00</math> *</li> <li>• BULIT <math>t = 5.90</math> **</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IC <math>t = 21.39</math> **</li> <li>• MA <math>t = 26.64</math> **</li> <li>• PC <math>t = 19.93</math> **</li> <li>• RA <math>t = 18.77</math> **</li> <li>• AA <math>t = 12.86</math> **</li> <li>• SNA <math>t = 26.30</math> **</li> <li>• CC <math>t = 11.00</math> **</li> <li>• PSP <math>t = 6.11</math> **</li> <li>• ETCA <math>t = 29.53</math> **</li> </ul>
<b>PUNTO DE CORTE Y VALIDEZ PREDICTIVA</b>		
PC $\geq 28$ Sensibilidad= 86% Especificidad= 94%	PC $\geq 85$ Sensibilidad= 79% Especificidad= 97%	PC $\geq 78$ Sensibilidad= 95% Especificidad= 94%
<b>VALIDEZ DISCRIMINANTE</b>		
Correct. clasificados= 91% 77% Clínica y 99% Control	Correct. clasificados= 93% 79% Clínica y 97% Control	Correct. clasificados= 93% 89% Clínica y 97% Control

Tabla 1-D. Comparación de la escala ETCA con respecto al EAT y el BULIT.

\*  $p \leq 0.01$ , \*\*  $p \leq 0.0001$ .

De forma aunada, la escala ETCA presenta un nivel de consistencia interna superior a los reportados para el EAT y el BULIT, esto considerando tanto la muestra total (clínica y control), como sólo la primera ( $\alpha = 0.97$  y  $0.92$ , respectivamente). Asimismo, el coeficiente de validez global de la ETCA ( $r = 0.84$ ) es sustancialmente mayor al que se reporta para el EAT ( $r = 0.70$ ).

Por otra parte, con respecto a la consistencia interna de cada uno de los factores, si bien las de los factores *Motivación para adelgazar*, *Dieta* y *Bulimia* del EAT son mayores respecto a las obtenidas en *Restricción alimentaria*, *Atracón alimentario*, *Sentimientos negativos posteriores al atracón* y *Conductas compensatorias* de la ETCA, estas tres últimas subescalas brindan la importante ventaja de que permiten evaluar en forma desglosada tres de los síntomas determinantes de la bulimia nerviosa. Contrariamente, en lo respecta al factor *Preocupación por la comida*, se observa que en el correspondiente a la ETCA se obtiene un mayor grado de consistencia interna que al ser evaluado exclusivamente por medio de los reactivos correspondientes al EAT. Finalmente, cabe advertir que en cuanto a la subescala *Presión social percibida* en ambos cuestionarios comprende los mismos tres reactivos, por lo que es comprensible que presenten exactamente el mismo coeficiente alpha.

Mientras que en lo concerniente a la contrastación de la ETCA con el BULIT, observamos que en el caso de la consistencia interna de los componentes dirigidos a valorar la ocurrencia del *Atracón alimentario* y de los *Sentimientos negativos posteriores al atracón* fue prácticamente la misma; pero no así en lo que al factor *Conductas compensatorias*, ya que mientras éste por medio del BULIT tiene un coeficiente alpha de Cronbach apenas aceptable, el del CUMUTA denota una buena consistencia interna.

Por otro lado, en los tres cuestionarios que estamos comparando (EAT, BULIT y la escala ETCA del CUMUTA) se confirmó la dirección predictiva de todos sus factores o subescalas ( $p = 0.0001$ ), aunque cabe mencionar que en los

componentes *Sentimientos negativos posteriores al atracón* y *Conductas compensatorias* del BULIT fue con un valor del estadístico *t* de Student casi cuatro veces menor que en el caso de estos mismos factores por medio de la ETCA; y una situación semejante se observó en lo que respecta al factor *Atracón*, en el caso de ETCA el valor del estadístico también fue sustancialmente mayor ( $t= 8.51$  y  $12.86$ , respectivamente). A partir de estos datos se puede concluir que las subescalas del ETCA que evalúan los componentes de bulimia nerviosa tienen mayor capacidad para diferenciar –en la dirección predictiva– entre la muestra clínica y control.

De igual manera, los factores *Restricción alimentaria*, *Motivación para adelgazar*, *Preocupación por la comida* y *Presión social percibida* tuvieron mayores valores de estadístico *t* en comparación con sus equivalentes en el EAT, y únicamente el factor B de éste fue más fuerte para discriminar entre las muestras, esto posiblemente puede deberse –como ya se mencionó– a que en la ETCA considera tres factores independientes para la evaluación de los síntomas de bulimia nerviosa.

Con respecto a los puntos de corte de cada uno de los tres cuestionarios (EAT, BULIT y escala ETCA del CUMUTA), tanto en el EAT como en el BULIT existe un importante desbalance entre los valores de sensibilidad y especificidad, este dato resulta ser más evidente en el BULIT (18 puntos de diferencia), pero la escala ETCA si reporta un equilibrio casi perfecto entre ambos indicadores.

Por último, tanto el EAT y el BULIT así como la ETCA –por medio de la técnica de análisis discriminante– reportan un porcentaje similar de casos correctamente clasificados tanto en la muestra total como en la control, pero no así en cuanto a la muestra clínica, en la que pondera ampliamente el porcentaje de clasificaciones adecuadas obtenidas con la ETCA. Lo anterior fundamenta la superioridad de esta subescala del CUMUTA en lo que respecta a su sensibilidad, ya que permite identificar con mayor exactitud a las personas que presentan un

posible TCA, mismas que tendrían mayor probabilidad de ser mal clasificadas como control de utilizarse el EAT o el BULIT.

#### → **Escala de Factores Individuales (EFI)**

La EFI del CUMUTA evalúa los principales factores cognitivos que se han encontrado frecuentemente asociados a la anorexia o bulimia nerviosas, esta escala quedó conformada por 27 ítems divididos en 4 subescalas: Miedo a madurar, Ineficacia, Desconfianza interpersonal e Identificación interoceptiva.

Enseguida se realiza una contrastación entre las propiedades psicométricas de la EFI con relación a las reportadas –para estos cuatro factores– del EDI en mujeres mexicanas (Mancilla *et al.*, 2003), (Tabla 2-D).

Como podemos observar, de los 64 reactivos que conforman el EDI, de acuerdo al estudio de Mancilla *et al.* (2003), únicamente 22 de estos resultaron ser útiles para evaluar los factores cognitivos ya mencionados, esto una vez que el factor perfeccionismo –comprendido por tres preguntas, al igual que en la presente investigación– tampoco demostró contar con adecuadas propiedades psicométricas.

Con relación al coeficiente de validez global, del EDI –considerando la totalidad del inventario– fue ligeramente mayor al encontrado para la EFI, siendo altamente probable que esta diferencia sea resultado de que en el primero se procesaron los ocho factores que constituyen el EDI, incluyendo los tres enfocados a evaluar síntomas específicos del TCA (insatisfacción corporal, motivación para adelgazar y bulimia), mientras que la escala EFI del CUMUTA se remite exclusivamente a la valoración de cuatro dimensiones cognitivas, que si bien se consideran estrechamente relacionadas a la bulimia o anorexia nerviosas, de ninguna forma son síntomas específicos de ellas ni determinantes para la formulación de su diagnóstico.

**TABLA 2-D**

<b>EDI</b>	<b>EFI</b>
64 reactivos/22 agrupados.	27 reactivos
<b>CONSISTENCIA INTERNA</b>	
$\alpha = 0.87$ (muestra clínica y control). $\alpha = 0.92$ (muestra clínica).	$\alpha = 0.92$ (muestra clínica y control). $\alpha = 0.92$ (muestra clínica).
<b>VALIDEZ GLOBAL</b>	
$r = 0.60$	$r = 0.54$
<b>FACTORES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a madurar/MM</li> <li>• Desconfianza interpersonal/DI</li> <li>• Ineficacia/IN</li> <li>• Identificación interoceptiva/II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a madurar/MM</li> <li>• Desconfianza interpersonal/DI</li> <li>• Ineficacia/IN</li> <li>• Identificación interoceptiva/II</li> </ul>
<b>CONSISTENCIA INTERNA DE LOS FACTORES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MM <math>\alpha = 0.80</math></li> <li>• IN <math>\alpha = 0.67</math></li> <li>• DI <math>\alpha = 0.69</math></li> <li>• II <math>\alpha = 0.80</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MM <math>\alpha = 0.81</math></li> <li>• IN <math>\alpha = 0.88</math></li> <li>• DI <math>\alpha = 0.76</math></li> <li>• II <math>\alpha = 0.83</math></li> </ul>
<b>DIRECCIÓN PREDICTIVA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>t = 2.25</math> *</li> <li>• <math>t = 6.18</math> **</li> <li>• <math>t = 4.47</math> **</li> <li>• <math>t = 5.31</math> **</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>t = 8.33</math> **</li> <li>• <math>t = 10.39</math> **</li> <li>• <math>t = 7.85</math> **</li> <li>• <math>t = 11.58</math> **</li> </ul>
<b>VALIDEZ DISCRIMINANTE</b>	
Correct. clasificados= 81% 73% Clínica y 91% Control	Correct. clasificados= 93% 89% Clínica y 97% Control

Tabla 2-D. Comparación de la escala EFI con respecto al EDI.

\*  $p \leq 0.01$ , \*\*  $p \leq 0.0001$ .

Por otra parte, en cuanto a la consistencia interna de las subescalas miedo a madurar e identificación interoceptiva de la EFI, se observa que fueron similares a sus contrapartes del EDI; contrariamente, las subescalas ineficacia y desconfianza interpersonal derivadas de la EFI demostraron una superior confiabilidad que sus equivalentes obtenidos por Mancilla *et al.* (2003), y esto particularmente en lo que respecta a la primera de dichas subescalas.

Por otro lado, en los dos cuestionarios (EDI y la escala EFI del CUMUTA) se confirmó la dirección predictiva de todas sus subescalas ( $p = 0.0001$ ), aunque destacar que las de la EFI denotaron mayores valores del estadístico  $t$  de Student,

particularmente en Miedo a madurar e Identificación interoceptiva ( $t= 8.33$  y  $11.58$ , respectivamente). A partir de estos datos se puede concluir que las subescalas de la EFI que evalúan los componentes cognitivos asociados a los TCA tienen mayor capacidad para diferenciar –en la dirección predictiva– entre la muestra clínica y control.

Finalmente, la técnica de análisis discriminante reporta un porcentaje superior de casos correctamente clasificados al implementar la escala EFI en contraste con la utilización del EDI, además de que también se observa mayor equidad entre el porcentaje de clasificaciones correctas en el grupo clínico y control con la EFI. Lo anterior fundamenta la superioridad de esta subescala en lo que respecta a su sensibilidad y especificidad; no obstante, cabe advertir que si bien la escala EFI –a través de los aspectos cognitivos que evalúa– muestra capacidad para tamizar la presencia de TCA, no es ésta su finalidad, una vez que para este propósito se sugiere la escala ETCA del CUMUTA.

#### → **Escala de Factores Socioculturales (EFAS)**

EFAS es la tercera y última escala del CUMUTA, tiene como objetivo evaluar la principales vías de influencia sociocultural que propician la interiorización del modelo estético corporal de delgadez. La escala EFAS agrupa 22 ítems distribuidos en tres subescalas: influencia de la publicidad, influencia de modelos sociales e influencia de relaciones sociales.

En la tabla 3-D se expresa la comparación entre las propiedades psicométricas resultantes del proceso de validación del CIMEC en mujeres mexicanas (Vázquez, Alvarez y Mancilla, 2000) y de la EFAS resultante de la presente investigación. El CIMEC se conforma por 40 reactivos, de los cuales 34 se agrupan en cuatro factores: Malestar con la imagen corporal y conductas para reducir de peso, Influencia de la publicidad, Influencia de modelos estéticos corporales e Influencia de relaciones sociales; no obstante, nos enfocaremos a los



últimos tres, debido a que el primero de ellos refiere a aspectos sintomáticos más específicos a los TCA, los cuales ya han sido cubiertos en la escala ETCA del CUMUTA. De esta forma, en los tres factores restantes del CIMEC confluyen 25 preguntas, mientras que en dichos factores por la escala EFAS disminuye a 22 dicho número.

**TABLA 3-D**

<b>CIMEC</b>	<b>EFAS</b>
40 reactivos/34 agrupados.	22 reactivos
<b>CONSISTENCIA INTERNA</b>	
$\alpha = 0.94$ (muestra comunitaria).	$\alpha = 0.93$ (muestra clínica y control).
<b>FACTORES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia de la publicidad/IP</li> <li>• Influencia de modelos estéticos corporales/IMS</li> <li>• Influencia de relaciones sociales/IRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia de la publicidad/IP</li> <li>• Influencia de modelos sociales/IMS</li> <li>• Influencia de relaciones sociales/IRS</li> </ul>
<b>CONSISTENCIA INTERNA DE LOS FACTORES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IP <math>\alpha = 0.92</math></li> <li>• IMS <math>\alpha = 0.75</math></li> <li>• IRS <math>\alpha = 0.63</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IP <math>\alpha = 0.92</math></li> <li>• IMS <math>\alpha = 0.83</math></li> <li>• IRS <math>\alpha = 0.73</math></li> </ul>

Tabla 3-D. Comparación de la escala EFAS con respecto al CIMEC.

Con relación a la consistencia interna, se observa que es excelente para los dos cuestionarios ( $\alpha > 0.90$ ), sin embargo, cabe aclarar que en el caso del CIMEC, Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000) trabajaron con muestra comunitaria, mientras que en la presente investigación, para su estimación en cuanto al EFAS, se consideraron tanto muestra clínica como control, en las que de forma independiente la EFAS también demostró contar con buena confiabilidad. Por otra parte, con respecto a la consistencia interna de cada uno de los factores, se observa que en el caso del factor influencia de la publicidad es idéntica entre CIMEC y EFAS, pero no así en los factores influencia de modelos sociales e influencia de relaciones sociales, los que mostraron una confiabilidad sustancialmente mayor en el caso de la EFAS.

Por último, cabe advertir que en el caso del CIMEC no se ha realizado la segunda parte de validación que incluya la participación de muestra clínica, lo que nos permitiría contrastar la dirección predictiva, la sensibilidad, la especificidad y los casos correctamente clasificados a través del análisis discriminante entre dicho cuestionario y la escala aquí derivada.

## CONCLUSIONES

- El **Cuestionario Multidimensional de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CUMUTA)** evalúa los principales componentes o síntomas de la anorexia y bulimia nerviosas, así como factores cognitivos asociados e influencias socioculturales que promueven la interiorización del modelo estético corporal de delgadez.

- El CUMUTA quedó conformado por 100 ítems agrupados en tres subescalas: Escala de Trastornos del Comportamiento Alimentario (ETCA), Escala de Factores Individuales (EFI) y Escala de Factores Socioculturales (EFAS).

- **ETCA** es la escala más importante del CUMUTA por ser la que valora los principales síntomas de TCA y ésta se sugiere precisamente con fines de tamizaje, misma que obtuvo un excelente nivel de consistencia interna y capacidad para diferenciar en la dirección predictiva, esto en cuanto a su puntuación total así como en sus ocho subescalas.

- El punto de corte sugerido para ETCA es  $\geq 0.78$ , mismo que denota un excelente equilibrio entre los valores de sensibilidad y especificidad. Finalmente, el análisis discriminante indicó que esta escala tiene una importante capacidad para clasificar adecuadamente a las personas que presentan síntomas de TCA respecto a quienes no.

- Por otra parte, la escala **EFI** del CUMUTA tiene como objetivo identificar la presencia de los principales factores cognitivos relacionados con los TCA. EFI denota un excelente nivel de consistencia interna; de igual forma, las cuatro subescalas que la conforman (Miedo a madurar, Ineficacia, Desconfianza interpersonal e Identificación interoceptiva) denotaron una buena consistencia interna y conveniente dirección predictiva.

- Finalmente, la escala **EFAS**, que valora algunas vías de influencia para la interiorización del modelo estético corporal de delgadez, también reporta un excelente nivel de consistencia interna para la escala en general. Así como buen nivel de confiabilidad y adecuada dirección predictiva de sus tres subescalas (Influencia de la publicidad, Influencia de modelos sociales e Influencia de relaciones sociales).

- Con base a los resultados derivados en la presente investigación se propone que el CUMUTA puede constituirse en un instrumento de evaluación válido y confiable para su empleo en mujeres mexicanas.

## REFERENCIAS

- Abraham, S. y Llewellyn, J.D. (1994). *Anorexia y bulimia: Desórdenes alimentarios*. Madrid: Morata.
- Alvarez, D. y Franco, K. (2001). *Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, D., Franco, K., Mancilla, J.M., Alvarez, G y López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7(1), 25-35.
- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G., Franco, K., Mancilla, J.M. y Vázquez, R. (2002). Evaluación de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas. En: L.E. Aragón y A. Silva. (Eds.). *Evaluación psicológica en el área clínica*. (pp. 175-191). México: Pax.
- Alvarez, G., Franco, K., Mancilla, J.M., Vázquez, R., López, X., Tena, A. y Berlanga, G. (2004, Abril/Mayo). Woman with eating disorders: A discriminant analysis of condition with and without treatment. Trabajo presentado en la 2004 Conference International on Eating Disorders. Orlando, Fl.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A.R., Haro, M. y Mancilla, J.M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13(2), 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., López, X., Vázquez, R., Ocampo, M.T. y López, V. (1998). Trastornos alimentarios y obesidad: Avances de investigación en una población mexicana. *Psicología Contemporánea*, 5 (1), 72-79.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., Martínez, M. y López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 50-58.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. y Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.

- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J.M y Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.
- American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatry Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003 -1020.
- Borzekowski, D., Robinson, T. y Killen, J. (2000). Does the camera add 10 pounds? Media use, perceived importance of appearance, and weight concerns among teenage girls. *Journal of Adolescent Health*, 26, 36-41.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. En: K. Brownell y C. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E. y Parris, M.A. (1992). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 421- 426.
- Davis, C., Claridge, G. y Cerullo, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 467-480.

- Dominy, L.N., Johnson, B.D. y Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *Journal of Psychology*, 134(1), 23-36.
- Duker, M. y Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia*. México: Noriega.
- Fassino, S., Pieró, A., Gramaglia, C. y Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psichopatological*, 37, 168-174.
- Fernández, F., Turón, J.V., Menchón, J.M., Vidal, S., Vallejo, J. y Pifarré J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa: Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, 23(1), 30-35.
- Ferrán, M. (1996). *SPSS para windows: Programación y análisis estadístico*. España: Mc Graw-Hill.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Vázquez, R., López, X. y Alvarez, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 12, 1-10.
- García-Camba, E. (2001). Trastorno por atracón. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 141-155). Barcelona: Masson.
- Gardner, R.C. (2003). *Estadística para psicología usando SPSS para windows*. México: Prentice-Hall.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Garner, D., Olmsted, M.P. y 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.
- Garrow, J.S. y James, P.T. (1993). *Human nutrition and dietetics*. New York: Chorchill- Livingtone.

- Guadarrama, G.R. (2003). *Evaluación y detección de sintomatología de trastornos alimentarios y factores cognitivos asociados*. Tesis de Maestría. México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Guillemot, H. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. España: Pirámide.
- Gutiérrez, E.F. (2002). *Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, M. y Romero, U. (2003). *Sintomatología de trastorno alimentario y factores cognitivos asociados: Comparación entre estudiantes de dos poblaciones de México*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante*. España: Prentice-Hall.
- Hee-Lee, S., Lennon, S.J. y Rudd, N.A. (2000). Compulsive consumption tendencies among television shoppers. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 28(4), 463-468.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *American Journal of Psychiatry*, 31(5), 810-818.
- Joiner, T.E., Heatherton, T.F., Rudd, M.D. y Schmidt, N. (1997). Ten-year stability and predictive validity of bulimia-related indicators. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc. Graw-Hill.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A. y Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. y Early-Zald, M.B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.



- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la adolescencia en adolescentes: Un enfoque sistémico del problema psicossomático ejemplificado por la anorexia nerviosa. *Estudios Psicológicos*, 1(1), 1-21.
- MacRae, S. (1995). *Modelos y métodos para las ciencias del comportamiento*. España: Ariel.
- Magnusson, D. (1977). *Teoría de los tests*. México: Trillas.
- Mancilla, J.M., Alvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E. y Román, M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 34-43.
- Mancilla, J.M., Franco, K., Alvarez, G. y Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1(2), 167-176.
- Mancilla, J.M., Mercado, L., Manríquez, E., Alvarez, G., López, X. y Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 37-46.
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. España: Síntesis.
- Mas, H.B. y Molinero, C.N. (2000). Trastornos de la alimentación: La anorexia nerviosa. En: M. Lameiras y J.M. Faílde (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria: Del tratamiento a la prevención*. (pp. 29-44). España: Universidad de Vigo.
- Mateo, C. (2002). *Diferencias entre jóvenes mujeres y hombres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mora, M. (1992). *Bulimia y variables de riesgo: Un análisis causal*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. España: Pirámide.
- Newton, J.R., Freeman, C.P. y Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: Is impulsivity an independent phenomenon or marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinava*, 87, 389-394.
- Nunnally, J.C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Pierce, J.W. y Wardle, J. (1993). Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 1125-1136.

- Pike, K.M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198-204.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Ricciardeli, A.L., McCabe, P.M. y Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys role of parents, friends, and the media. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 189-197.
- Rivero, L. y Vivas, E. (2001). Trastornos de la alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública de México, 43*(1), 9-16.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Koepke, T., Moye, A.W. y Tiece, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females whit anorexia nervosa. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 15*(2), 111-116.
- Rodríguez, M.C., Riquelme, A. y Buendía, J. (1996). Epidemiología de la anorexia nerviosa: Una revisión. *Anales de Psiquiatría, 12*(6), 262-269.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. En: T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, desviance and change*. New York: Guilford.
- Sánchez, M.C. (2000). Las dietas, mitos y verdades. *¿Cómo ves?, 2*(18), 10-14.
- Sherman, T.R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Shisslak, C.M. y Crago, M. (2002). Risk and protective factors in the development of eating disorders. En: J.K. Thompson y L. Smolak. (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. (pp. 103-125). Washington: American Psychological Association.
- Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*, 167-179.
- Slade, P.D. y Russell, G.F. (1973). Awaraness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine, 3*, 188-199.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(5), 863-872.
- Srinivasagam, B., Kaye, M.D., Plotnicov, P., Greeno, P., Weltzin, M. y Rao, M. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term

- recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634.
- Stein, A., Woolley, H. y Mcpherson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *British Journal of Psychiatry*, 175, 455-461.
- Steirlen, H. y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*. Barcelona: Gedisa.
- Stice, E. (2002). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. En: R. Striegel-Moore y L. Smolak. (Eds.). *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. (pp. 51-73). Washington: American Psychological Association.
- Stice, E. y Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Striegel-Moore, R. (1995). A feminist perspectives on the etiology of eating disorders. En K. Brownell y C. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford.
- Szmukler, G., Dare, C. y Treasure, J. (1995). *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. U.S.A: Wiley.
- Thelen, M.H. y Cormier, J.F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26, 85-99.
- Thelen, M.H., Farmer, J., Wonderlich, S. y Smith, M.C (1991). A revision of the bulimia test: The BULIT-R. *Psychological Assessment*, 3(1), 119-124.
- Thompson, J.K. y Smolak, L. (2002). Body image, eating disorders, and obesity in youth: The future is now. En: J.K. Thompson y L. Smolak (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.
- Tiggemann, M. y Pickering, S. A. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 199-203.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2000). Cuerpos saludables: Cultura, cultivo y sanción. En: M. Lameiras y J.M. Faílde. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria*. (pp. 13-25). España: Universidad de Vigo.

- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Turón, V.J. (1997). Clínica de la anorexia nerviosa. En: V.J. Turón (Ed.). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. (pp. 59-79). Barcelona: Masson.
- Vandereycken, W. y Houdenhove, V. (1996). Stealing behavior in eating disorders: Characteristics and associated psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 316-321.
- Vázquez, R. (1997). *Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa*. Tesis Doctoral. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vázquez, R., Alvarez, G., López, X., Ocampo, M.T. y Mancilla, J.M. (2004). Valoración psicológica y antropométrica en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Revista de Investigación en Educación*, 1, 177-201.
- Vázquez, R., Alvarez, G. y Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estético corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, R., Alvarez, G., Mancilla, J. M. y Raich, R.M. (2000). Dinámica familiar y actitudes alimentarias con pacientes de trastorno alimentario. *Psicoterapia y Familia*, 13(1), 33-46.
- Vázquez, R. y Raich, R.M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 5(3), 391-407.
- Vázquez, R., Raich, R. M., Viladrich, M.C., Alvarez, G. y Mancilla, J.M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 325-335.
- Viladrich, M.C., Prat, R., Doval, E. y Vall-Llovera, M. (1996). *Psicometría*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joiner, T.E., Abramson, L.Y. y Heatherton, T.F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 695-700.

Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. USA: Pergamon.

Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial: Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ziegler, P., Jonnalagadda, S. y Lawrence, C. (2001). Dietary intake of elite figure skating dancers. *Nutrition Research*, 21, 983-992.