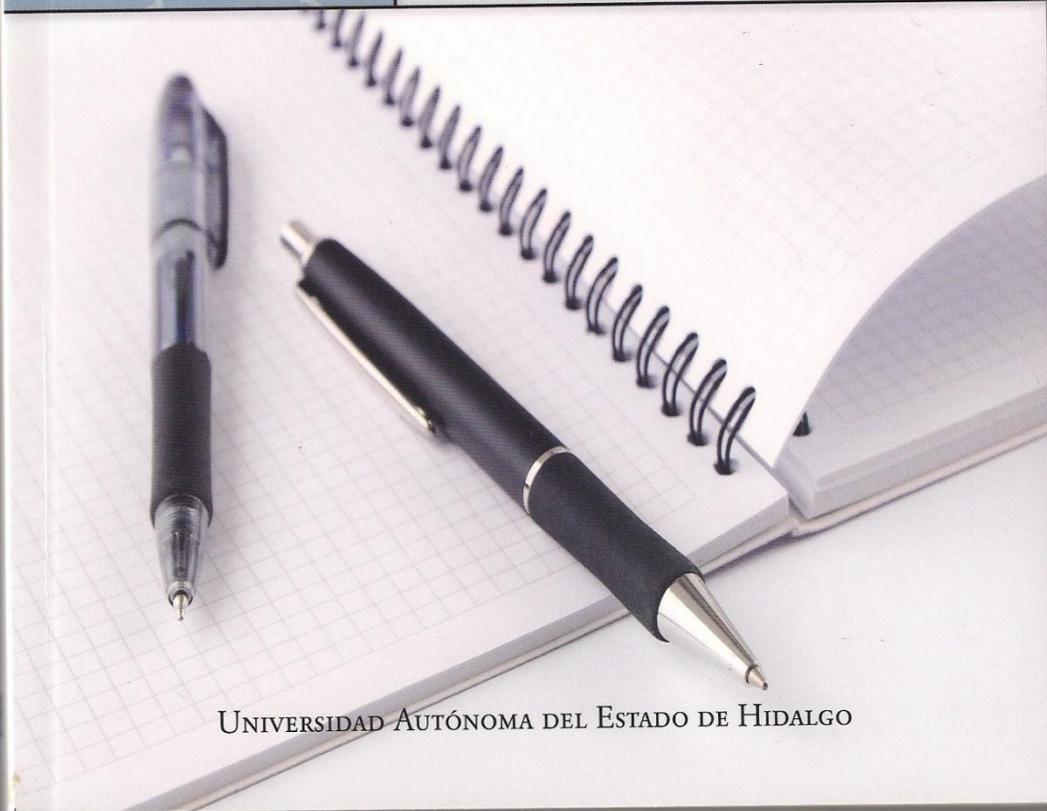


# MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA: DEL INDIVIDUO A LA INTERACCIÓN

MELISSA GARCÍA MERAZ  
ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA  
REBECA MA. ELENA GUZMÁN SALDAÑA  
JUAN PATRICIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Humberto Veras Godoy  
*Rector*

Gerardo Sosa Castelán  
*Secretario General*

Margarita Irene Calleja y Quevedo  
*Coordinadora de la División de Extensión*

José Luis Antón de la Concha  
*Director del Instituto de Ciencias de la Salud*

Alexandro Vizuet Ballesteros  
*Director de Ediciones y Publicaciones*

Primera edición: 2010

© Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Abasolo 600, Centro, Pachuca, Hidalgo, México, CP 42000  
Correo electrónico: editor@uah.edu.mx

ISBN: 978-607-482-127-7

Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra  
sin el consentimiento escrito de la UAEL.

COORDINACIÓN DE LA OBRA

Dra. Catalina González Forteza  
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*

Dra. Mirna García Méndez  
*Universidad Nacional Autónoma de México  
Coordinación de Psicología IES Zaragoza*

Dra. Patricia Andrade Palos  
*Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Psicología*

Dra. Alejandra Domínguez Espinoza  
*Universidad Iberoamericana  
Departamento de Psicología*

Dra. Claudia Unikel Santoncini  
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*

## ÍNDICE

### 7 PRÓLOGO

### 11 INTRODUCCIÓN MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA: DEL INDIVIDUO A LA INTERACCIÓN

*Melissa García Meraz*

Sobre el proceso de construcción de instrumentos  
Sobre la validez  
Validez de contenido  
Validez de criterio externo  
Validez de constructo  
La validación de constructo a través del análisis factorial  
Otros tipos de validez  
Sobre la confiabilidad  
Confiabilidad interna  
La confiabilidad interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach  
Otros tipos de confiabilidad  
Referencias

### 41 CAPÍTULO I VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PÚBERES: RESULTADOS PRELIMINARES

*Teresita de Jesús Saucedo-Molina  
Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña*

Maduración sexual en la pubertad  
Pubertad y conductas alimentarias de riesgo  
Instrumentos para la evaluación de sintomatología de TCA y conductas alimentarias  
de riesgo  
Instrumentos para evaluar factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios  
en púberes de ambos sexos  
Objetivo general  
Primer estudio piloto  
Pubertad (madurez sexual)  
Imagen corporal  
Conducta alimentaria  
Conducta alimentaria normal  
Conductas alimentarias de riesgo  
Preocupación por el peso y la comida  
Conducta de restricción de la dieta o dieta restringida  
Influencia de la publicidad  
Malestar con la imagen corporal  
Aplicación de los instrumentos en su versión final

Análisis estadísticos

Resultados:

Instrumento de hombres

Instrumento de mujeres

Discusión y conclusiones

Referencias

77    **CAPÍTULO II**  
**VALIDACIÓN CONVERGENTE Y DIVERGENTE DEL CUESTIONARIO DE ÁREAS**  
**PROBLEMA EN DIABETES (PAID) EN POBLACIÓN MEXICANA**

*Arturo del Castillo Arreola*

*Isabel Reyes Lagunes*

Diabetes

Estrés

Estrés, malestar emocional y diabetes

Evaluación del malestar emocional asociado a diabetes

Cuestionario de áreas problema en diabetes (PAID)

Adaptación del Cuestionario de áreas problema en diabetes (PAID) en pacientes con diabetes tipo 2 en México

Instrumentos

Procedimiento

Resultados

Correlación entre malestar emocional y bienestar psicológico

Correlación entre malestar emocional y depresión

Correlación entre malestar emocional y autoeficacia

Discusión

Referencias

99    **CAPÍTULO III**  
**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE ELECCIÓN DE**  
**PAREJA EN LAS ÁREAS DE INTERACCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA**

*Melissa García Meraz*

*Juan Patricio Martínez Martínez*

Elección de pareja

Instrumentos de medición

Del pasado al presente

Validación psicométrica

Diseño del instrumento

Tratamiento estadístico

Escala de interacción

Escala de características de la pareja

Elección de pareja en México

A manera de conclusión

Referencias

131 **CAPÍTULO IV**  
**DESARROLLO DE LA ESCALA DE COMPONENTES DEL DESEO SEXUAL**

*Cinthia Cruz del Castillo*  
*Rolando Díaz Loving*

Medidas del deseo sexual

- The Sexual Desire Inventory
- The Sexual Interest and Desire Inventory-Female
- Delamater y Sill
- La Escala de Motivación Sexual
- El Inventario de Intensidad del Deseo Sexual

Objetivos del estudio

Descripción del estudio en México

Pregunta abierta

Análisis factorial

Validez concurrente

Discriminación de la escala

Comentarios finales

Referencias

151 **CAPÍTULO V**  
**DESARROLLO Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA**  
**MULTIDIMENSIONAL DE CELOS (EMUCE)**

*Sofía Rivera Aragón*  
*Rolando Díaz Loving*  
*Mirta Margarita Flores Galaz*  
*Nancy Montero Santamaría*

Definiciones

Validación en México: Inventario multidimensional de celos

Discusión

Referencias

173 **CAPÍTULO VI**  
**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DISOLUCIÓN**  
**DE LA RELACIÓN, A PARTIR DE LOS RASGOS RELEVANTES EN LA ELECCIÓN**  
**DE PAREJA**

*Melissa García Meraz*  
*Rebeca María Elena Guzmán Saldaña*

Estadísticas

Predicción del divorcio

Validación en México

Tratamiento estadístico

Escala de interacción

Discusión de los hallazgos en México

Interacción  
Características de la pareja  
Manera de conclusión  
Referencias

## CAPÍTULO VII LAS PREMISAS HISTÓRICO-SOCIOCULTURALES: UN ANÁLISIS DESDE LAS CREENCIAS Y LAS NORMAS

*Rolando Díaz Loving*  
*Sofía Rivera Aragón*  
*Luz María Cruz Martínez*  
*Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco*

Escala factorial, funciones y aplicaciones de las PHSC  
Análisis psicométrico de la escala de normas  
Análisis psicométrico de la escala de creencias  
Referencias

I

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES DE RIESGO, ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PÚBERES: RESULTADOS PRELIMINARES

*Teresita de Jesús Saucedo-Molina*<sup>\*1</sup>

*Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña*<sup>\*2</sup>

*\*UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO*

En la actualidad se hace énfasis en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que se definen como desviaciones de las conductas alimentarias con características muy específicas y que se clasifican de acuerdo al cumplimiento de criterios diagnósticos en relación con las conductas que presentan los individuos y las consecuencias que producen a nivel físico, emocional, y social. Esta definición engloba tres patologías principales que son: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE). Entre los TANE se encuentran la ingestión compulsiva o trastorno por atracón, y otros trastornos cuyos criterios diagnósticos están bien definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV-TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993).

<sup>1</sup> La doctora es profesora investigadora del área académica de Nutrición del Instituto de Ciencias de la Salud, UAEM. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1.

<sup>2</sup> La maestra es profesora investigadora del área académica de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud, UAEM.

Especificar la etiología de los TCA es una tarea en la cual aún no existe consenso debido, principalmente, a su origen multicausal (Bruce y Wilfley, 1996), que involucra diversos tipos de factores de riesgo, entre los que encontramos los genéticos (Fuentes, Hurtado, González, Escartí y García-Camba, 2002; Serra Majem, Ribas Barba, Pérez Rodrigo, Román Viñas y Aranceta Bartrina, 2003), los familiares (como la baja empatía entre padres e hijas, intrusividad y hostilidad [Humphrey, 1989]), la relación entre la cohesión familiar y el tipo de alimentos que se ingieren (Franko, Thompson, Bauserman, Affenito y Striegel-Moore, 2008); los socioculturales (como la cultura de la delgadez, y la influencia de modelos estéticos corporales a través de la publicidad, de la familia y de los pares [Heinberg, Thompson y Stormer, 1995; Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré, 2004; Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré, 2005; Stice, Shaw y Martí, 2006; Toro, 2006]); características de personalidad (como ansiedad, disforia y baja autoestima) que pueden provocar una insatisfacción con la imagen corporal (Díaz-Marsá y Carrasco, 2002; Gómez Pérez-Mitré, 1999), y ciertos patrones de conductas alimentarias (como dietas y ejercicio excesivo [Delinsky y Wilson, 2008; Huon y Strong, 1998; Huon, Gunewardene, Strong, Lunn, Pira y Lim, 1999]; dando como resultado que muchos factores considerados como de riesgo estén altamente interrelacionados unos con otros.

Ahora bien, los factores que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio que mantiene al individuo dentro de los límites de la salud y se desencadene alguna enfermedad son conocidos como factores de riesgo (Medina-Mora, 1982). También se les denomina así porque tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste o desequilibrio, ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional entre la probabilidad de enfermar y el número o gravedad de los factores de riesgo (Gómez-Peresmitré, 2000; Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los TCA es la adolescencia, debido principalmente a los cambios fisiológicos, físicos y psicológicos que conducen a alcanzar la capacidad reproductora como resultado de la activación en la niñez tardía del eje hipotalámico-hipófisis-gónada (Reiter y Kulin, 1994).

Estos cambios ocurren principalmente durante la etapa puberal, llamada también preadolescencia o adolescencia temprana, en la que aparecen los signos sexuales secundarios, y el segundo brote del crecimiento, los que originan una gran variabilidad individual, determinada genética, ambiental y psicosocialmente. Esta etapa se inicia entre los 10 y los 12 años en las niñas, y entre los 12 y los 14 en los niños (Martínez y Martínez, 1996).

En los hombres, el aumento de la testosterona y los andrógenos produce un incremento significativo de la masa magra, una mayor masa esquelética y, por ende, mayor masa celular, mientras que en las mujeres los estrógenos y la progesterona estimulan un mayor depósito de grasa. Todo esto ocasiona cambios corporales importantes que

pueden provocar se-  
lugar a modificacio-  
dificaciones de la ca-  
salud, ocasionando  
jóvenes (Neumark-  
suplemento de  
sobre el tema de  
MADURACIÓN S

### MADURACIÓN S

Aunque la cronología  
cumple una secuencia  
La aparición de los  
mática de actividad  
estadios del desarrollo  
Tanner (Tanner, 1962)  
tiene menor validez  
que su aparición (la  
prarrenal y no gonadal  
la edad cronológica  
el contexto de estad  
psicológicos y social  
desarrollo, como pro

### PUBERTAD Y CO

Los púberes son extra-  
el mundo los está ma-  
ello que los dramática  
psicológicas (Papalia

Durante este periodo  
por cualquier otro as-  
muchachos quieren s-  
pero con senos grand-  
y la figura. Esto es re-  
cultural, en donde se  
característicos de la p-  
y a una búsqueda de i-  
son factores que const-  
etapa de la vida (Casa

pueden provocar sobrepeso, tanto en niños como en niñas, y que a su vez, puede dar lugar a modificaciones en los patrones alimentarios, reflejándose en restricciones y modificaciones de la calidad y cantidad de nutrimentos, lo que repercutirá en el estado de salud, ocasionando fallas en el crecimiento y en el desarrollo físico y psicológico de los jóvenes (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry e Irving, 2002).

### MADURACIÓN SEXUAL EN LA PUBERTAD

Aunque la cronología de diversos sucesos de la pubertad es muy variable, un individuo cumple una secuencia ordenada de fenómenos de crecimiento y desarrollo somáticos. La aparición de los caracteres sexuales secundarios representa una manifestación somática de actividad gonadal, que puede dividirse en una serie de estadios. Los cinco estadios del desarrollo físico de prepúber a adulto han sido denominados: estadios de Tanner (Tanner, 1962). El vello pubiano es incluido como criterio de clasificación, pero tiene menor validez que los criterios genitales para evaluar la maduración sexual, dado que su aparición (llamada adrenarca o pubarca) está relacionada con el desarrollo suprarrenal y no gonadal. Estas etapas de madurez tienen mayor valor para el clínico que la edad cronológica. Los cambios físicos puberales normales deben ser entendidos en el contexto de estadios, ya que esto hace posible vincular fenómenos biológicos, con psicológicos y sociales experimentados por los adolescentes en un modelo integral de desarrollo, como propusieron Vaughan y Litt (1990).

### PUBERTAD Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Los púberes son extraordinariamente conscientes de sí mismos y seguros de que todo el mundo los está mirando y sus cuerpos los están traicionando con frecuencia, es por ello que los dramáticos cambios físicos de esta etapa albergan muchas ramificaciones psicológicas (Papalia, Wendkos y Feldman, 2005).

Durante este periodo existe una mayor preocupación por la apariencia física más que por cualquier otro aspecto y muchos no están satisfechos con su imagen corporal. Los muchachos quieren ser altos y anchos de hombros y las jovencitas quieren ser delgadas pero con senos grandes. Tanto hombres como mujeres se preocupan por el peso, el cutis y la figura. Esto es reforzado tanto por el ambiente familiar como por el medio socio-cultural, en donde se hace énfasis en los atributos físicos. Las perturbaciones y el estrés característicos de la pubertad, aunados a un precario autoconcepto e imagen corporal, y a una búsqueda de identidad y de un ideal físico impuesto por la familia y la sociedad, son factores que contribuyen al desarrollo de algún trastorno alimentario durante esta etapa de la vida (Casas Rivero, Ceñal González y Fierro, 2005).

Las conductas alimentarias de riesgo se conceptualizan como alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación, suelen presentarse como síndromes parciales que pueden convertirse en casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), en donde las personas experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado. Las conductas alimentarias de riesgo no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un individuo que se presentan como un continuo, entre una alimentación normal y la presentación de un TCA (Shisslak, Crago y Estes, 1995).

Entre las principales conductas alimentarias de riesgo se observan: eliminar tiempos de comida, practicar dietas restringidas y ayunos, el uso de diuréticos y laxantes, vómito autoprovocado, que se realizan como prácticas erróneas para controlar el peso corporal (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista y Medina Mora, 2006). Otras conductas de riesgo se relacionan frecuentemente con problemas en la percepción de la imagen corporal, las cuales pueden ir desde una insatisfacción hasta una alteración de la imagen corporal (Gómez Peresmitré, Saucedo-Molina y Unikel, 2001).

En diversas investigaciones realizadas en México se ha demostrado, de manera concordante con las efectuadas en otros países (por ejemplo, Cororve, 2004; Acosta García, Llopis Marín, Gómez Peresmitré y Pineda García, 2005; Harder, Bergman, Kallischnigg y Plagemann, 2005), que la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como las actitudes anormales hacia el cuerpo y las modificaciones drásticas en el patrón de alimentación se identifican en la pubertad. Por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré (1997) encontró en una muestra de 200 púberes mexicanos, con edad promedio de 10.8 años, que las niñas expresaban satisfacción con su figura corporal en 49 por ciento en comparación con 46 por ciento de los niños. El 51 por ciento restante de las niñas y 54 por ciento de los niños manifestaron insatisfacción por su figura.

En otra investigación realizada con 200 niñas de primaria y 200 de secundaria, con un promedio de edad de 11.9 años, se encontró que 57 por ciento de las niñas estaban satisfechas con su imagen corporal, mientras que 43 por ciento restante mostraba insatisfacción, ya fuera porque se percibían más gruesas (29%) o más delgadas de lo que en realidad estaban (14%) (Ávila, Lozano y Ortiz, 1997).

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999) en un estudio exploratorio llevado a cabo en 200 niños escolares hombres y mujeres que abarcaban de los 9 a los 13 años, llegaron a los siguientes resultados: los niños, más que las niñas, realizaban mayor número de comidas al día. Este hallazgo confirmó dos cosas primero: la demanda energética de los niños es mayor, y segunda: su preocupación por el peso corporal es menor. En esta misma línea se encontró que eran los niños de quinto grado, al compararlos con los de sexto, los que consumían mayor cantidad de alimentos. Esto hace pensar que a mayor edad y a mayores cambios corporales, debidos a la pubertad, hay mayor preocupación por el peso y la figura, y mayor seguimiento de conductas alimentarias de riesgo.

En otra investigación con una muestra de 962 adolescentes en desarrollo de trastorno de conducta alimentaria (TCA), se presentaron manifestaciones de riesgo que se confirmaron en un 94% de los casos. La idea de que se encontró un funcionamiento normal o patológico. Un hecho importante es que un promedio de 19% de las niñas que no presentaron síntomas de riesgo, pero que consumían tortillas, pan y arroz.

Es importante mencionar que en el TCA, la presencia de síntomas de riesgo puede ser un indicador de riesgo en los grupos e individuos. Fleiz, Alcázar y Fleiz (2006) en su investigación de detección temprana de riesgo en adolescentes.

## INSTRUMENTOS Y CONDUCTAS

Numerosas investigaciones exploratorias de conductas alimentarias de riesgo en el desarrollo de

En otra de las investigaciones de Gómez Pérez-Mitré (1999), realizada en una muestra de 962 niñas de 9 a 13 años, se detectaron factores de riesgo asociados con el desarrollo de trastornos de la alimentación. Los hallazgos mostraron que casi la mitad de las púberes estaban insatisfechas con su imagen corporal y más de la mitad (n = 519 niñas) presentaron un efecto de alteración en la percepción de su imagen corporal. Asimismo, se confirmó que en edades de 11 a 13 años ya está presente, en una proporción mayoritaria (94%), la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer. También se encontró que tres cuartas partes de las niñas de la muestra están preocupadas (mucho y demasiado) por su peso corporal, no obstante que muchas de esas niñas eran de peso normal o peso bajo.

Un hecho aún más inquietante es que en un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio edad de 10.8 años, se haya encontrado que un 25 por ciento aceptó llevar una dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más niñas que niños eliminaban tiempos de comida (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos como "engordadores", tales como tortillas, pan y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998).

Es importante señalar que aunque no se tenga un diagnóstico confirmatorio de un TCA, la presencia de algunos síntomas expresan tendencias subclínicas (Button y Whitehouse, 1981) que ponen en riesgo la salud física y mental del individuo, ya que fácilmente pueden evolucionar hacia un padecimiento clínico. Desafortunadamente, estos síntomas son mucho más comunes que los cuadros clínicos completos, y mucho más frecuentes de lo que se ha esperado encontrar en la población general, y aunque éstos no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, de cierta forma señalan a los grupos e individuos con mayor riesgo de adquirirla (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000). Además, desde el punto de vista epidemiológico, la detección temprana de cualquier sintomatología permite intervenir precozmente limitando o evitando los daños causados por la psicopatología (Sánchez, 2000). Por ello, es urgente profundizar e identificar los factores que están favoreciendo estas conductas de riesgo en este tipo de población.

#### **INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DE TCA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO**

Numerosos instrumentos derivados de la observación clínica se han diseñado para la exploración de factores de riesgo asociados a TCA, sobresaliendo los que miden conductas alimentarias de riesgo. Este rápido crecimiento se debe, en parte, al interés en el desarrollo de estudios sobre estas alteraciones, y más directamente debido a la polémica

generada por sus criterios diagnósticos y que originó su modificación en el DSM-III-R (APA, 1987). La aparición de la BN como síndrome modificó los límites entre las alteraciones, e hizo que se buscarán explicaciones globalizadoras integrándose ciertas características de la obesidad, el comer restrictivo y el atracón (*binge eating*).

Algunos de los instrumentos desarrollados para su evaluación también se han derivado de la perspectiva teórica de Hilde Bruch (1973) (quien señaló que el origen de la AN en las mujeres que la padecen, se remonta a la etapa del “yo” en la infancia cuando la madre, con estilos maternos inadecuados (muy negligente o sobreprotectora), interfiere en el desarrollo interoceptivo corporal, impidiendo que la niña aprenda a reaccionar a los estímulos internos y poder adquirir su propia “identidad corporal”. Además, ella identificó que tenían padres con ideas muy rígidas acerca de cómo deberían ser sus hijas y se mostraban intolerantes con cualquier manifestación de independencia por parte de ellas), y otros han surgido de estudios de laboratorio (por ejemplo, Bellisle, Guy-Grand y Le Magnen, 2000; López Espinoza, 2007).

Asimismo, han evolucionado en cuanto a su formato, en principio sólo se usaba la entrevista clínica, posteriormente surgieron los cuestionarios, cuyo interés inicial se centró en las características de la AN que diferenciaban a diversas poblaciones de estudio.

Posteriormente, la evaluación tomó una perspectiva multidimensional, con un énfasis en el conocimiento del caso individual, surgiendo los métodos observacionales y las entrevistas estructuradas que facilitan el diagnóstico y los planes de intervención. Los tópicos más evaluados sobre TCA son los patrones anormales de conducta alimentaria, las conductas encaminadas al control estricto del peso y las distorsiones en la imagen corporal (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas estructuradas son los principales instrumentos y técnicas utilizadas en relación con la medición de las problemáticas antes señaladas. Existen, además, otras mediciones relacionadas, como es la preocupación por la imagen corporal, el índice de masa corporal (IMC), la ingesta de alimentos, entre otras.

Los cuestionarios autoaplicados reportan síntomas o conductas de riesgo para TCA, pero no dan un diagnóstico específico, cuando un individuo obtiene una puntuación que indica la presencia de algún TCA, el dato se verifica con el diagnóstico por medio de entrevistas estructuradas. Las entrevistas estructuradas son más precisas para evaluar un TCA, ya que pueden abordarse a profundidad los diferentes conceptos de cada pregunta; sin embargo, tienen la desventaja de necesitar entrevistadores entrenados, debiéndose aplicar individualmente y, por consiguiente, aumentan el costo y el tiempo. Mientras que los cuestionarios autoaplicados son relativamente económicos, consumen menos tiempo y pueden aplicarse a grupos grandes de personas, aunque existe mayor dificultad en cuanto a la definición e interpretación de los conceptos, por lo que se debe tener cautela en pretender generalizar los resultados (Black y Wilson, 1996; Carter, Aimé y Mills, 2001).

Entre los principales instrumentos desarrollados para su evaluación se encuentra el *The Restrained Eating Scale* (RES), desarrollado por Stunkard y Sprock (1976). Este cuestionario de formato de elección múltiple evalúa la restricción de la comida y la intención de perder peso.

- a) *The Restrained Eating Scale* (RES) es un cuestionario de 10 ítems que mide la restricción de la comida y la intención de perder peso. Este cuestionario también se ha utilizado en estudios de intervención con la finalidad de evaluar el efecto de la restricción de la comida en la pérdida de peso, mientras que el *The Eating Attitudes Test* (EAT) mide la fluctuación de la restricción de la comida y la intención de perder peso periódicamente.
- b) Otro de los instrumentos más utilizados es el *The Eating Attitudes Test* (EAT) de 64 reactivos que mide la motivación por la imagen corporal, la preocupación interpersonal, las primeras subítemas y la imagen corporal de la an, ya que se centra por su dieta y las características psicológicas generales.

Posteriormente se desarrolló el *Eating Disorder Inventory* (EDI) de 61 ítems, el cual evalúa en otras tres subescalas el nivel de estudios reactivos que se evalúa de acuerdo con un puntaje global que indica la relevancia del valor global. La puntuación máxima es de 42 puntos.

El EDI-2 no pertenece a la categoría de bulimia nerviosa; sólo mide las características psicológicas de la AN. Es un cuestionario de

Entre los principales instrumentos utilizados para evaluar sintomatología relacionada con TCA y conductas alimentarias de riesgo se encuentran los autoinformes en formato de cuestionarios e inventarios. A continuación se describen algunos de ellos:

- a) *The Restraint Scales*: Esta escala fue elaborada por Herman y Mack (1975). Su concepto teórico principal es el de restricción de la dieta, que se define como la intención del individuo de restringir voluntariamente su ingesta de alimentos con la finalidad de mantener o conseguir el peso "ideal". Se ha observado que cuando el individuo rompe con su restricción empieza a comer de manera excesiva, mientras que en los comedores no restrictivos no se da este patrón. Consta de 10 ítems que indagan sobre la dieta, la preocupación por el peso y el comer, y las fluctuaciones de peso en diferentes periodos del tiempo, permite identificar también a aquellos que realizan dietas restringidas de forma crónica y recaen periódicamente con atracones, provocando con ello, el aumento de peso.
- b) Otro de los instrumentos es el *Eating Disorder Inventory* (EDI) elaborado por Garner, Olmstead y Polivy (1983). Un autoinforme que fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales específicas de los TCA. El edi contiene 64 reactivos agrupados en ocho escalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la an, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios.

Posteriormente se desarrolló el EDI-2 (Garner, 1991) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero, además, introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria. Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis puntos, se pueden sumar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para identificar grupos de riesgo.

El EDI-2 no permite establecer un diagnóstico específico de anorexia nervosa, ni de bulimia nervosa; sólo está dirigido a la descripción y medición precisas de ciertas características psicológicas, así como de la severidad de la sintomatología de relevancia clínica. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 91 reactivos, con un formato de respues-



de Actitudes Alimentarias (CHEAT), específicamente en cuanto a la evaluación de actitudes y conductas alimentarias, imagen corporal y autoconcepto, en una muestra de 1241 estudiantes (hombres y mujeres) de primaria y secundaria, de 9 a 15 años de edad. El análisis de confiabilidad indicó que el CHEAT cuenta con una consistencia interna adecuada ( $\alpha = 0.82$ ), además de que todos los reactivos se correlacionaron positiva y significativamente con la puntuación total. Se encontraron cinco factores: motivación para adelgazar, conductas compensatorias, preocupación por el peso y la comida, evitar alimentos engordantes y presión social percibida, que explican 43.7% de la varianza total; asimismo, el CHEAT mostró adecuada confiabilidad *test-retest* y validez convergente con el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ).

El EAT, en sus dos versiones, probablemente sea el cuestionario de autoaplicación más utilizado; para contestarlo se requiere de un nivel de lectura de quinto año de primaria. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del eat sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y CHEAT-26. La confiabilidad de prueba-posprueba en un periodo de dos a tres semanas es de 84 por ciento. La sensibilidad y especificidad de la prueba, para ambas versiones, es 77 por ciento y 95 por ciento, respectivamente; el poder predictivo positivo es 82 por ciento para EAT-40 y 79 por ciento para EAT-26; el poder predictivo negativo 93 por ciento para EAT-40 y 94 por ciento para EAT-26 (Mintz y O'Halloran, 2000).

El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas ( $n = 2169$ ) por Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de 28 puntos. La escala está compuesta por siete factores: 1) motivación para adelgazar, 2) evitación de alimentos engordantes, 3) preocupación por la comida, 4) presión social percibida, 5) obsesiones y compulsiones, 6) patrones y estilos alimentarios, y 7) conductas compensatorias.

El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Halloran (1997) recomendaron el EAT como una herramienta de filtro para determinar la presencia de cualquier TCA, pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con TANE; también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

En México fue adaptado y validado en población mexicana por Álvarez (2000) estableciendo el punto de corte en 28 y proporcionando 7 factores: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordadores, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios y conductas compensatorias.

d) *Bulimia Test* (BULIT): este test fue desarrollado por Smith y Thelen (1984), consta de 36 reactivos con cinco opciones de respuesta. Permite identificar la presencia de sintomatología y preocupaciones características de la BN.

Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991), actualmente, es más utilizada que la versión original. El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo al DSM III para BN, y validez para medir BN de acuerdo a los criterios del DSM-IV. El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto año de bachillerato. Los reactivos del BULIT-R se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos.

En México, esta prueba agrupó 22 reactivos con una confiabilidad total de .88, un punto de corte mayor o igual a 85 para una muestra de estudiantes ( $n = 2168$ ) de 15 a 30 años de edad, con tres subescalas: 1) atracón, 2) sentimientos negativos posteriores al atracón, y 3) conductas compensatorias (Álvarez, 2000; Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000).

- e) *Bulimia Investigatory Test of Edimburg* (BITE): la prueba de bulimia de Edimburgo fue desarrollada por Henderson y Freeman (1987). Los autores de esta escala justificaron su creación argumentando que el atracón (*binge-eating*) no se puede considerar como un estado clínico de naturaleza discreta; es decir, que entre la normalidad y el diagnóstico de bulimia nervosa, puede haber muchos estados subclínicos intermedios. El BITE permite identificar la presencia de episodios de atracones en todo tipo de población, independientemente de su diagnóstico. Consta de dos apartados, en la primera parte se recaban datos sociodemográficos de la persona, y este apartado no tiene peso en la puntuación del instrumento; el segundo apartado consta de 33 reactivos y está indicado para identificar a personas que presentan síntomas bulímicos. Se compone de dos escalas: la escala de síntomas (una puntuación superior a 20 indica que se cumple con los criterios para BN, siendo la puntuación máxima de 30); y la escala de intensidad, la cual evalúa la gravedad en función de la frecuencia con la que aparecen los síntomas (valores entre 5 y 10 indican una intensidad significativa, mientras que valores mayores a 10 son indicativos de gravedad). Este instrumento puede utilizarse para la detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA en población en general; también se utiliza para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.
- f) *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised* (QEWPR): el cuestionario de patrones de alimentación y peso, versión revisada, fue desarrollado por Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard y colaboradores en 1992. Se utiliza para identificar individuos con trastorno por atracones recurrentes, con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo al DSM-IV. Está compuesto por 13 reactivos que indagan acerca de la cantidad de comida consumida en el

que fue desarrollada por más utilizada que la verdadera para medir los síntomas de los criterios del DSM-IV. a los criterios del DSM-IV. anterior o quinto año de b... na escala de cinco puntos... terminar el puntaje final, actuar entre 28 y 140. El

abilidad total de .88, un... tes (n = 2168) de 15 a 30... tivos posteriores al atra... cilla y Vázquez, 2000).

bulimia de Edimburgo... autores de esta escala... ge-eating) no se puede... es decir, que entre la... haber muchos estados... presencia de episodios... te de su diagnóstico... sociodemográficos... del instrumento; el... ra identificar a per... escalas: la escala de... de con los criterios... intensidad, la cual... recen los síntomas... entras que valores... o puede utilizarse... TCA en población... enfermedad y la

El cuestionario de... lado por Spitzer, ... res en 1992. Se... recurrentes, con... conductas com... Está compuesto... onsumida en el

atracción, la duración del mismo y sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso.

Hay instrumentos en sus versiones del QEWP-R para adolescentes (QEWP-A), y para padres (QEWP-P). Los individuos pueden ser diagnosticados con trastorno por atracón o con bulimia nerviosa. El QEWP-R es capaz de identificar de manera precisa a individuos con probabilidad baja y alta para trastorno por atracón, y a discriminar entre niveles clínicos y no clínicos de este trastorno. El QEWP-P puede ser tomado como una medida válida de la presencia o ausencia de trastorno por atracón, pero se sugiere que se sobrevalora este acercamiento dicotómico, de todo o nada, que puede dejar pasar algunos individuos clínicamente significativos (Johnson, Grieve, Adams y Sandy, 1999).

g) *Eating Disorder Examination*: es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar para la evaluación de los TCA, y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra "atracción", así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias, como es el miedo enfermizo a engordar (Fairburn y Beglin, 1994). La versión revisada es el *Eating Disorder Examination-Self-report Questionnaire* (EDE-Q) elaborado a partir del EDE, el EDE-Q sirve para hacer un diagnóstico clínico, y evalúa aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria. Se califica por una escala de siete puntos: entre más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno. Luce y Crowther (1999) encontraron en esta prueba una consistencia interna excelente. Sin embargo, el EDE-Q se vuelve menos confiable al aumentar la severidad de la sintomatología del trastorno alimentario. El EDE-Q es una prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo para algún TCA.

b) *Cuestionario de Alimentación y Salud*: Construido por Gómez Peresmitré (1995). El objetivo de este cuestionario es la detección de factores de riesgo asociados a conducta alimentaria y la imagen corporal en trastornos alimentarios en adolescentes y adultos. La versión actual del instrumento consta de 326 reactivos, con formato mixto para hombres y mujeres y cuyos ítems se califican de manera que el puntaje más alto se da a la respuesta que implique mayor problema. Este Cuestionario ha arrojado, en estudios previos, un coeficiente de clasificación correcta de 87.27 por ciento (análisis discriminante) y coeficientes de consistencia interna de .80 a .85, con muestras de estudiantes de diferentes tamaños (Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Pineda y Tafoya, 2000).

Este cuestionario tiene una subescala llamada *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación* (EFRATA) (Gómez Peresmitré, 1998) que explora cinco

factores: 1) conducta alimentaria normal, 2) dieta restringida, 3) comer compulsivo, 4) preocupación por el peso y la comida, y, 5) conducta alimentaria de compensación psicológica. Tanto el Cuestionario de Alimentación y Salud, como la EFRATA, fueron diseñados para la población mexicana, habiéndose revisado y adaptado para su empleo con muestras españolas. Esta subescala tipo Likert está formada por 48 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde nunca (puntaje = 1), hasta siempre (puntaje = 5), con una opción intermedia frecuentemente (puntaje = 3). Tiene un alfa general de .088 y explica 42.8 por ciento de la varianza en su versión para mujeres, mientras que la versión para hombres alcanzó un alfa general de 0.86 y explica 48.5 por ciento de la varianza. Los reactivos se califican bajo el criterio de mayor valor asignado a la respuesta que implica un mayor problema, a excepción de la conducta alimentaria normal, la cual, a mayor puntaje menor problema.

i) *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)*: creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) con la finalidad de evaluar el grado en que se han interiorizado las influencias culturales del modelo estético corporal, y que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento por razones estéticas y sociales. Consta de 40 reactivos que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Fue elaborado y validado en una muestra de mujeres con anorexia y controles, obteniéndose una consistencia interna de 0.93, con una sensibilidad de 81.4 y una especificidad de 55.9.

En México, Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) evaluaron la consistencia interna del instrumento, encontrando una consistencia de 0.94. Proponen cuatro factores: 1) influencia de la publicidad, 2) malestar con la imagen corporal y conductas para reducir peso, 3) influencia de los modelos sociales, y 4) influencia de las situaciones sociales. Esta escala con tres opciones de respuesta, ha sido utilizada en niños de 10 años (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Ruiz, 2006) y adolescentes de 11 a 18 años de edad (Toro, Gómez-Peresmitré, Sentis, Valles, Casulá, Castro *et al.*, 2006).

j) *Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*: este cuestionario fue diseñado por Unikel, Bojórquez y Carreño (2004), consta de 10 preguntas relacionadas con la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dieta, ayuno, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), tiene cuatro opciones de respuesta que van desde "nunca" hasta "muy frecuentemente". El instrumento tiene una alta confiabilidad ( $\alpha = 0.83$ ) y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%. A partir de los análisis estadísticos correspondientes, se

determina el disfuncionalidad de la sensibilidad de 0.38 y el cuestionario de El cuestionario de dietas y p (nunca o frecuentemente = 4) de material de com dos factores después de tuvo un alto se obtiene Cronbach k) Cuestionario Cooper y México, el seis opciones factores: 1)

Por otro lado, a diagar y profundiza ms o categorías q las áreas mínimas y templa los siguientes el peso y formas co patrones actuales d comida, e) área de a la percepción corp (depresión, control malnutrición, etcétera). Asimismo, cuan mientes y conde alimentos, etc. Wl de comer durante l corporal, y medidas autoobservación.

determinó el punto de corte para delimitar la frontera entre el grupo funcional y el disfuncional, siendo el de 10 el que mostró los mejores resultados: arrojó una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96. La mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

k) *El cuestionario de actitudes hacia la figura corporal*, desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la ciudad de México por Unikel y colaboradores (2006). Éste cuenta con 15 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca = 1, algunas veces = 2, frecuentemente = 3, muy frecuentemente = 4). Para determinar la estructura factorial se realizó un análisis factorial de componentes principales, con una rotación oblicua. Dicho análisis arrojó dos factores que explican el 60% de la varianza (53.3% y 6.6%, respectivamente, después de seis interacciones). El primer factor denominado Interiorización, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90, mientras que el segundo factor, Creencias, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88. Cuenta con un punto de corte (>37) que se obtiene de la suma de las respuestas. La escala tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.93.

l) Cuestionario de imagen corporal (BSQ): fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), evalúa la insatisfacción con la imagen corporal. En México, el cuestionario tiene una confiabilidad de .98, consta de 34 reactivos, con seis opciones de respuesta, su punto de corte es de 110, y está compuesto por dos factores: 1) malestar normativo, y 2) insatisfacción corporal (Galán, 2004).

Por otro lado, se ha hecho énfasis en el uso de entrevistas clínicas que permitan indagar y profundizar sobre los TCA. De manera general, Perpiñá (1989) propuso elementos o categorías que se deben cubrir para la confección de esta técnica, que considere las áreas mínimas y básicas para realizar una historia clínica pertinente. Esta guía contempla los siguientes aspectos: *a)* área de peso (y constitución física actual, actitudes hacia el peso y formas corporales), *b)* área de alimentación (historia de patrones alimentarios, patrones actuales de alimentación y presencia de conductas purgantes, actitudes ante la comida), *c)* área de actividad física (en qué consiste, cuál es su objetivo), *d)* evaluación de la percepción corporal subjetiva, *e)* complicaciones físicas, *f)* sintomatología asociada (depresión, control de impulsos, abuso de sustancias, actitudes hacia la adolescencia, madurar, etcétera).

Asimismo, cuando se requiere recabar información más específica sobre los antecedentes y conductas clave como son los atracones, la evitación de determinados alimentos, etc. Williamson (1990) propone considerar la evaluación de la conducta de comer durante las evaluaciones de comidas, medidas de peso y de la composición corporal, y medidas del comer y de las conductas purgantes, todas ellas, a través de la autoobservación.

También se proponen, de manera conjunta y complementaria, las mediciones de la ingesta dietética, entre ellas están: recordatorio de 24 horas, registro directo de consumo, registro de pesos y medidas, frecuencia de consumo e historia dietética (Hadigan, Anderson, Miller, Hubbard, Herzog, Klubanski y Grinspoon, 2000).

#### **INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PÚBERES DE AMBOS SEXOS**

Es importante destacar que este instrumento se diseñó contemplando una perspectiva biopsicosocial, la cual propone que los TCA tienen un origen multicausal en el que se encuentran entrelazados factores de riesgo: biológicos, psicológicos y sociales. Cabe señalar que el modelo biopsicosocial añade importancia a los procesos psicológicos y cognitivos en el desarrollo y la vida del ser humano, y, por tanto, también en las patologías. Consiste en integrar los factores emocionales, sociales y comportamentales en la práctica psicológica. Se basa en la interacción (que no sumación) de los tres determinantes principales del estado de salud: el biológico, el psicológico y el social (Santacruz Márquez y Zaccagnini, 1989).

Específicamente con relación a los TCA, el modelo biopsicosocial permite explicar su génesis y el mantenimiento, asimismo, presenta ventajas desde el punto de vista preventivo y terapéutico; por ejemplo, este modelo considera que la anorexia nervosa es consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) junto con otros de tipo familiar, social y cultural (Chinchilla Moreno, 2003).

#### **OBJETIVO GENERAL**

Validar y confiabilizar un instrumento autoaplicable y multidimensional que evalúe factores de riesgo (biológicos, psicológicos y socioculturales) asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes, hombres y mujeres mexicanos.

#### **PRIMER ESTUDIO PILOTO**

En un primer momento para estructurar el cuestionario mediante una metodología cualitativa, se realizó un estudio piloto en el que se trabajó con estudiantes, hombres y mujeres, de quinto y sexto grado de primaria, de 10 a 13 años de edad. Se agrupó a los púberes simulando grupos de enfoque de ocho integrantes, uno de niñas (cuatro de quinto y cuatro de sexto) y otro de niños (cuatro de quinto y cuatro de sexto), mismos que trabajaron por separado.

Se discutieron temas específicos mediante preguntas abiertas y se revisó para el instrumento diseñado específicamente para ellos. El estudio piloto tuvo la finalidad

profundizar en algunos de los factores explicativos asociados al desarrollo de los TCA, lo cual se logró al obtener la información a partir de los propios participantes, misma que permitió complementar, corregir y determinar la comprensión y congruencia de los reactivos y de las variables a investigar a través del instrumento (Hudelson, 1994, Vaughn, Schumm y Sinaguh, 1996).

Para esta primera fase se solicitó autorización a los directivos del plantel a quienes se les explicó la finalidad del estudio y las actividades a realizar. Una vez conseguida esta autorización, se acudió a cada grupo de quinto y sexto y se invitó a los niños y a las niñas para que participaran voluntariamente en el estudio, del que también se les dio una breve explicación. Solamente se aceptó el número establecido para cada grupo.

Se realizaron tres sesiones. En la primera se trató el tema de conductas alimentarias, y se hicieron preguntas como: ¿qué es dieta?; ¿qué es alimentarse correctamente?; ¿qué es para ti darse un atracón?; ¿qué alimentos crees que son engordadores?; ¿cuál de tus tres comidas es la más importante, el desayuno, la comida o la cena? En esta primera reunión las preguntas que sirvieron como base fueron 25 reactivos originales del efrata (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios) que específicamente miden conductas alimentarias de riesgo (Gómez Pérez-Mitré, 2001). Al terminar esta actividad quedaron solamente 18 de estos reactivos y se añadieron nueve más sobre hábitos alimentarios, como: Tus alimentos los consumes en tu casa; para consumir tus alimentos te tomas entre 20 y 30 minutos; tus alimentos los consumes con tus padres.

En la segunda sesión, se revisaron las secciones del instrumento con que ya se contaba y que correspondían a imagen corporal y madurez sexual. La actividad consistió en mostrarles a los escolares las imágenes que se emplearían, con la finalidad de que externaran su opinión respecto a si les parecía que eran adecuadas, si eran suficientes, si eran exageradas, si las cambiarían, o añadirían otras.

En la tercera sesión, se revisaron los factores socioculturales, tomando como base el Cuestionario sobre la influencia del modelo estético corporal conocido como cimec, desarrollado por Toro, Salameo y Martínez, (1994), cuyo propósito es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal. En esta ocasión se les presentaron de manera impresa las preguntas a los participantes, se iba revisando cada una de ellas y se les cuestionaba sobre la claridad de las mismas, sobre palabras clave como: envidia, malestar, productos para adelgazar, entre otras. Asimismo se les presentaron algunos anuncios de televisión, y revistas relacionadas con la "lucha contra la gordura", mismos que eran discutidos y se les interrogaba acerca de cuáles llamaron más su atención. También se les presentaron fotografías de diferentes artistas y modelos para consensar cuáles eran los que les resultaban más atractivos(as). Finalmente se les pidió que si alguna de las preguntas debía ser eliminada o modificada, lo hicieran, quedando únicamente 12 reactivos de los 26 que se trabajaron inicialmente.

La duración de cada sesión fue, aproximadamente, de 60 a 80 minutos (dependiendo de la cooperación e interés de los participantes), haciéndose hincapié sobre la confiden-

cialidad y anonimato de la información aportada por cada integrante, así como en el hecho de que no había respuestas buenas ni malas, y que su participación no afectaría ninguna de sus calificaciones. Antes de iniciar cada reunión se les pidió su autorización para grabarla.

Como resultado de esta primera fase del estudio, se determinaron siete áreas asociadas con el desarrollo de los TCA: conductas alimentarias de riesgo, hábitos alimentarios correctos, madurez sexual, autopercepción de la imagen corporal, insatisfacción con la figura corporal, influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal.

#### SEGUNDO ESTUDIO PILOTO

El instrumento resultante del trabajo realizado con los grupos focales, el cual quedó integrado por 60 ítems, tres grupos de imágenes para hombres y cuatro para mujeres, se aplicó de manera grupal en una muestra de 80 niños, hombres y mujeres con características semejantes a la población objetivo teniendo como propósito comprobar la comprensión, extensión y duración del mismo, así como la realización de los análisis estadísticos pertinentes tales como: análisis de frecuencias, medias, desviaciones estándar, y un primer análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, para observar el comportamiento y agrupación de los reactivos que conformaban el instrumento, y para decidir cuáles reactivos finalmente quedarían y cuáles se eliminarían. Todos estos análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS-PC en su versión 10 para Windows.

#### ETAPA FINAL

Esta etapa consistió en un estudio de campo de tipo transversal en la que se trabajó con una muestra total intencional, con selección no probabilística, misma que quedó constituida por una  $n = 1306$ , estudiantes de quinto y sexto grado de primaria y de primero y segundo grado de secundaria, de 8 escuelas mixtas, públicas (58%) y privadas (42%) del sur de la ciudad de México, en la que 52 por ciento eran hombres y 48 por ciento mujeres. La edad oscilaba de los 10 a los 15 años, con una media de 12.13 ( $de = \pm 1.23$ ). Se tuvo especial cuidado de tener el número de participantes que cumpliera las especificaciones requeridas para la validación de los instrumentos a través del análisis factorial de componentes principales.

El instrumento final de carácter autoaplicable quedó integrado por factores de riesgo de tipo biológico representado por la pubertad o madurez sexual (cinco reactivos); factores psicológicos como conductas alimentarias (26 reactivos) e imagen corporal (continuo de figuras corporales); y factores de riesgo socioculturales (13 reactivos), específicamente, influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal. Para una mayor comprensión de estos factores (variables), a continuación se proporciona la definición conceptual de cada uno de ellos.

### PUBERTAD (MADUREZ SEXUAL)

**Definición conceptual:** Etapa del desarrollo físico que se caracteriza por la aceleración en el crecimiento, cambios en la composición corporal y maduración sexual. Aproximadamente comienza entre los 9 a 13 años de edad y finaliza entre los 14 y los 18 años de edad (Orientación Alimentaria, glosario de términos, 2001).

Para evaluar esta variable se empleó un conjunto de figuras corporales con diferentes grados de desarrollo sexual tomando como referencia las etapas o estadios de Tanner (Kaplan y Mammel, 1994; Tanner 1962). Esta parte fue colocada de manera aleatoria en el instrumento diseñado para los púberes. Se contó con una versión para mujeres y una para hombres, y antes de cada imagen se les pedía a los participantes que marcaran con una cruz aquella que reflejara más su desarrollo actual. Estas figuras se muestran en las imágenes 1 y 2. Un poco antes de estas figuras se formularon preguntas muy específicas sobre los cambios típicos de esta etapa, como presencia de vello axilar, crecimiento acelerado (estirón) y cambio de voz. Las categorías de respuesta se calificaron de 1 = casi nada, hasta 4 = bastante.

Observa con cuidado las siguientes figuras de niña. Como puedes ver, cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que refleje más tu desarrollo actual marcando con una cruz (X) la letra correspondiente.

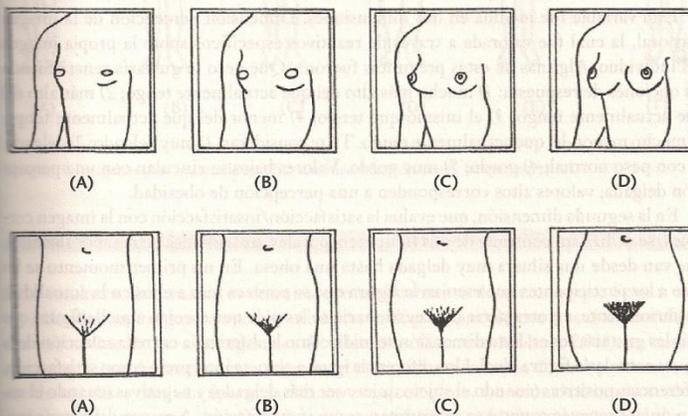


Imagen 1. Figuras empleadas para medir madurez sexual en púberes mujeres.

Observa con cuidado las siguientes figuras de niño. Como puedes ver, cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que refleje más tu desarrollo actual marcando con una cruz (X) la letra correspondiente.

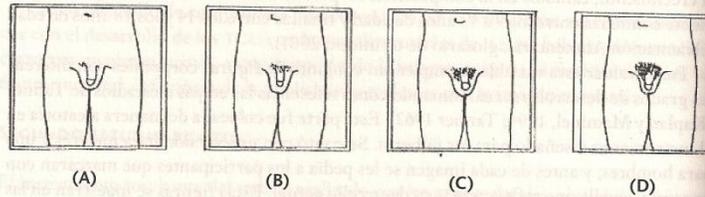


Imagen 2. Figuras empleadas para medir madurez sexual en varones.

### IMAGEN CORPORAL

Definición conceptual: Configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diversas experiencias (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Esta variable fue medida en dos dimensiones. Dimensión percepción de la imagen corporal, la cual fue valorada a través de reactivos específicos sobre la propia imagen del individuo. Algunas de estas preguntas fueron: ¿Qué peso te gustaría tener? Siendo las opciones de respuesta: 1) mucho más alto del que actualmente tengo; 2) más alto del que actualmente tengo; 3) el mismo que tengo; 4) menor del que actualmente tengo; 5) mucho menor del que actualmente tengo. Tú te consideras: 1) muy delgado; 2) delgado; 3) con peso normal; 4) gordo; 5) muy gordo. Valores bajos se vinculan con una percepción delgada; valores altos corresponden a una percepción de obesidad.

En la segunda dimensión, que evalúa la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se utilizó un continuo de seis figuras corporales, distribuidas de manera aleatoria, que van desde una silueta muy delgada hasta una obesa. En un primer momento se les pide a los participantes que escojan la figura que se parezca más a ellos en la actualidad; posteriormente, en otra parte del cuestionario se les pide que escojan aquella figura que más les gustaría tener. Esta dimensión se mide como la diferencia entre la selección de la figura actual y la figura ideal. Una diferencia igual a cero, se interpreta como satisfacción, diferencias positivas (cuando el sujeto quiere ser más delgado) y negativas (cuando el sujeto quiere ser más grueso) se interpretan como insatisfacción. A mayor diferencia mayor insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo-Molina y Unikel, 2001). En la imagen 3 se presentan las figuras empleadas, siendo las categorías de respuesta de A) 1 = muy delgada(o), hasta D) 6 = muy gorda(o).



Imagen 3. Imagen

### CONDUCTA

Si la conducta de un individuo está estrechamente vinculada a su estado nutricional, es necesario evaluarla. Fue el objetivo de este estudio.

letra. Escoge la letra correspondiente.



(D)

nes, percepción de su cuerpo durante (1992).

de la imagen copia imagen emer? Siendo más alto del mente tengo; 2) delgado; una percep-

imagen correcta aleatoria, momento se les a actualidad; la figura que dección de la satisfacción, cuando el suferencia ma la imagen 3 A) 1 = muy

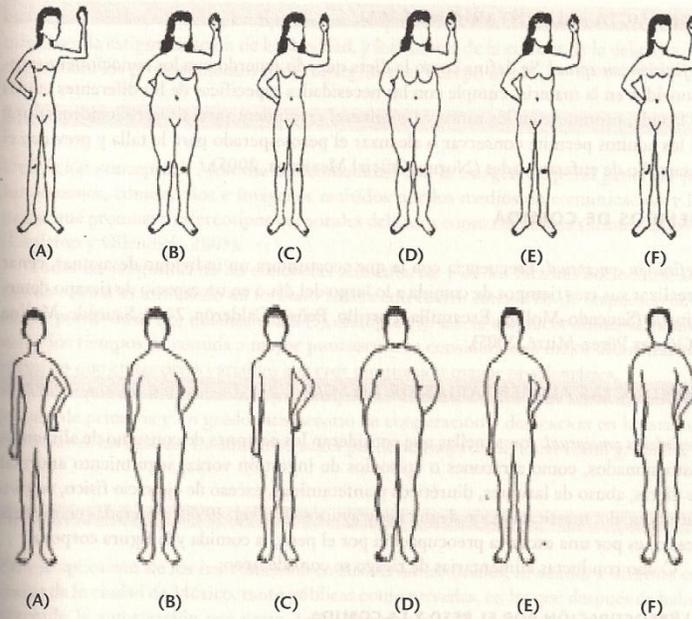


Imagen 3. Imágenes para evaluar la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

### CONDUCTA ALIMENTARIA

Si la conducta alimentaria es definida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas están vinculadas a la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003), se aprecia claramente que dicha conducta además de estar orientada hacia el mantenimiento del estado nutricional, también aporta satisfactores psicológicos, emocionales, intelectuales y estéticos. Fue así como, para fines del presente trabajo, se consideraron como conductas alimentarias:

## CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL

*Definición conceptual:* Se define como la dieta que, de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades (Norma Oficial Mexicana, 2005).

## TIEMPOS DE COMIDA

*Definición conceptual:* Frecuencia con la que acostumbra un individuo desayunar, cenar y realizar sus tres tiempos de comida a lo largo del día o en un espacio de tiempo determinado (Saucedo-Molina, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón, 2008; Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré, 2005).

## CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

*Definición conceptual:* son aquellas que consideran los patrones de consumo de alimentos distorsionados, como atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento anormal de dietas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio físico, vómito autoinducido, masticación sin deglución y ayunos (Unikel, 1998), generadas en muchas ocasiones por una excesiva preocupación por el peso, la comida y la figura corporal.

Como conductas alimentarias de riesgo se consideraron:

### A) PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

*Definición conceptual:* Se refiere al "estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere" (Gamma, en Acosta, 2000, p. 158).

### B) CONDUCTA DE RESTRICCIÓN DE LA DIETA O DIETA RESTRINGIDA

*Definición conceptual:* Tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como "engordadores", así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998; Huon y Strong, 1998).

## INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

*Definición conceptual:* Ésta debe entenderse como la presión que a través de diversos medios de comunicación (televisión, radio, revistas, etc., ejercen sobre el individuo los

mensajes visuales, verbales, o impresos en los que se resaltan los modelos estéticos dominantes, la estigmatización de la obesidad, y los valores de la cultura de la delgadez, así como sobre los procedimientos para conseguir ese "cuerpo ideal".

#### **MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL**

**Definición conceptual:** Molestia o incomodidad con la imagen corporal generada por los mensajes, comentarios e imágenes emitidos por los medios de comunicación y los roles, que promueve estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos (Carleton y Ollendick, 2003).

Todas las preguntas de las conductas alimentarias y de los factores socioculturales fueron valoradas utilizando un formato Likert con cuatro categorías de respuesta: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3), siempre (4). En la conducta alimentaria normal y los tiempos de comida a mayor puntuación se considera una mejor alimentación, mientras que en las otras variables a mayor puntuación mayor problemática.

Los requisitos indispensables para responder el cuestionario son: tener un nivel de lectura de primaria y un grado satisfactorio de cooperación y dedicación en la tarea de contestar el inventario. La administración puede ser tanto individual como grupal.

#### **APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EN SU VERSIÓN FINAL**

Para la aplicación de los instrumentos en sus versiones finales, se acudió a diversas escuelas de la ciudad de México, tanto públicas como privadas, en las que después de haber obtenido la autorización por parte de los directivos y de los participantes (consentimiento informado verbal), se procedió a la aplicación grupal. Debe hacerse hincapié en que, de acuerdo con la reglamentación mexicana actual sobre investigación para la salud en seres humanos (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1998), este estudio, por ser considerado de riesgo mínimo, no requirió del consentimiento informado por escrito ni de los padres ni de los participantes, ya que únicamente consistió en la aplicación de un cuestionario, y en ningún momento se manipuló la conducta de los participantes, ni se llevó a cabo intervención alguna.

La aplicación grupal se realizó dentro de los salones de clase de las escuelas públicas y privadas en donde se obtuvo acceso y autorización, los días y horarios indicados en cada plantel. Esta actividad fue realizada por personas previamente capacitadas, quienes dieron exactamente las mismas instrucciones de llenado a cada grupo. Se procuró tener varios aplicadores (dependiendo de la cantidad de alumnos) de tal manera que fuera posible controlar a los participantes, tanto para garantizar que sus respuestas fueran individuales, como para aclarar cualquier duda. Se daba inicio con una presentación del responsable del trabajo, posteriormente, se explicaba a los alumnos el objetivo del estu-

dio, la importancia de su participación voluntaria, la confidencialidad de sus respuestas y la aclaración de que cualquier duda sería aclarada, en ese momento, con sólo levantar su mano. Una vez comprendido y aceptado todo lo anterior por los alumnos, los cuestionarios fueron distribuidos en el aula y respondidos por ellos. A cada niño(a) se le asignó un número de código, con el propósito de mantener su anonimato.

Aunque el índice de masa corporal (IMC) no fue un factor considerado para el análisis de confiabilidad y validez del instrumento, se debe resaltar que a cada participante se le pidió que al inicio del cuestionario escribiera en un recuadro su peso y estatura actual. Al finalizar de responder fue pesado y medido por personal previamente capacitado y estandarizado. Esto se debió a que el imc es un factor de riesgo asociado a los TCA.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En primera instancia, después de la aplicación grupal de los instrumentos, se procedió a la captura de los datos en el programa estadístico SPSS-PC en su versión 10 para Windows. Posteriormente, se efectuó a cada uno de ellos (versión hombres, versión mujeres) un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (VARIMAX). Se aceptaron como factores solamente aquellos que tuvieron un mínimo de tres reactivos y una carga factorial igual o mayor a 0.40. Por último, se hizo un análisis de confiabilidad alfa de Cronbach, estipulándose un valor mínimo aceptado de 0.60, tanto por factor como por escala.

Se debe señalar que el objetivo de esta técnica multivariante es encontrar un modo congruente de agrupar un gran número de variables originales, en un conjunto más pequeño llamado factor, que representa un constructo, con una pérdida mínima de información.

### RESULTADOS:

#### INSTRUMENTO DE HOMBRES

Del análisis factorial aplicado a la muestra de hombres se obtuvo un instrumento final integrado por siete factores (en un total de once iteraciones) que explican 44.48% de la varianza, alcanzando un valor de alfa de Cronbach = 0.7973. En la siguiente tabla se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial o valor propio (*eigen value*), porcentaje de varianza explicada y el valor de alfa de Cronbach alcanzado por factor.

**TABLA 1**

**Análisis factorial del instrumento para hombres**

**FACTOR 1. Influencia de la publicidad**

Reactivo	Carga factorial
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas	0.845
Te llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar	0.828
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas	0.823
Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo	0.744
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad	0.690
<i>Valor propio = 4.221 Varianza explicada = 8.442% Alfa de Cronbach = 0.8919</i>	

**FACTOR 2. Percepción de la imagen corporal**

Reactivo	Carga factorial
Tú te consideras	0.820
Tu mamá te considera	0.809
Escoge la figura que más se parezca a tu cuerpo	0.790
Con respecto a lo que cree que sería tu peso adecuado, dirías que te encuentras	0.780
<i>Valor propio = 3.425 Varianza explicada = 6.851 Alfa de Cronbach = 0.8563</i>	

**FACTOR 3. Malestar por la imagen corporal**

Reactivo	Carga factorial
Te gustaría tener el cuerpo como <i>Rambo</i> , los <i>Guardianes de la bahía</i> o <i>Arnold Schwarzenegger</i>	0.766
Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas sobre como volverse un hombre musculoso	0.737
Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas	0.705
Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa	0.667
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.511
<i>Valor propio = 3.0028 Varianza explicada = 6.056 Alfa de Cronbach = 0.60</i>	

FACTOR 4. Conducta alimentaria normal	
Reactivo	Carga factorial
Comes lo que es bueno para tu salud	0.692
Procuras comer verduras	0.667
Cuidas que tu dieta sea nutritiva	0.642
Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	0.567
Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra	0.548
Cuidas lo que comes para no subir de peso	0.542
<i>Valor propio = 2.955 Varianza explicada = 5.909% Alfa de Cronbach = 0.7355</i>	

FACTOR 5. Dieta restringida	
Reactivo	Carga factorial
Te la pasas "muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso	0.720
Para controlar tu peso te saltas comidas	0.641
Tomas agua para quitarte el hambre	0.590
Estás a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar	0.529
Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno	0.429
<i>Valor propio = 2.276 Varianza explicada = 4.551% Alfa de Cronbach = 0.6372</i>	

FACTOR 6. Madurez sexual	
Reactivo	Carga factorial
Vello púbico	0.841
El sonido de tu voz	0.724
Tienes vello en tus axilas	0.711
Consideras que en ti ya se presentó el estirón	0.546
<i>Valor propio = 3.1554 Varianza explicada = 26.282 Alfa de Cronbach = 0.8563</i>	

FACTOR 7. Tiempos de comida	
Reactivo	Carga factorial
Acostumbras realizar tus tres comidas	0.808
Acostumbras cenar o merendar	0.767
Acostumbras desayunar	0.679
<i>Valor propio = 2.171 Varianza explicada = 4.342 Alfa de Cronbach = 0.6892</i>	

INSTRUMENTOS

En cuanto al delo final im 51.1% de la factor con su alfa de Cron

Llaman tu al para adelga Llaman tu al de farmacia Llaman tu al tratan sobre Te interesan relacionado Te llaman la del peso, di Te llaman la para adelga Valor p

Envidias el Te gustaria t Te gusta el c Envidias el c de modas o Te molesta t parecidas a Valor p

### INSTRUMENTO DE MUJERES

Al aplicar el instrumento de las mujeres, el análisis factorial permitió obtener un modelo final integrado por seis factores (en un total de ocho iteraciones) que explicaron el 80% de la varianza, con un alfa de Cronbach = 0.892. En la *tabla 4* se muestra cada ítem con sus valores propios (EIGEN), el porcentaje de varianza explicada y el valor de alfa de Cronbach alcanzado.

**TABLA 2**

Análisis factorial del instrumento para mujeres	
FACTOR 1. Influencia de la publicidad	
Reactivo	Carga factorial
¿Llaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar	0.748
¿Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas	0.742
¿Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura	0.732
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad	0.695
Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo	0.686
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas	0.633
<i>Valor propio = 4.213 Varianza explicada = 12.393 Alfa de Cronbach = 0.8625</i>	
FACTOR 2. Malestar por la imagen corporal	
Reactivo	Carga factorial
Envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas	0.737
Te gustaría tener el cuerpo de Britney Spears o Thalía	0.714
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.684
Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa	0.618
Te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma	0.426
<i>Valor propio = 2.986 Varianza explicada = 8.7383% Alfa de Cronbach = 0.6834</i>	

FACTOR 3. Percepción de la imagen corporal	
Reactivo	Carga factorial
Tú te consideras	0.819
Tu mamá te considera	0.800
Escoge la figura que más se parezca a tu cuerpo	0.793
Qué peso te gustaría tener	0.615
<i>Valor propio = 2.917 Varianza explicada = 8.579% Alfa de Cronbach = 0.8018</i>	

FACTOR 4. Madurez sexual	
Reactivo	Carga factorial
Vello púbico (imagen).	0.847
Ya estás menstruando.	0.789
Tienes vello en tus axilas.	0.769
Desarrollo del busto (imagen).	0.763
<i>Valor propio = 2.872 Varianza explicada = 8.447% Alfa de Cronbach = 0.7957</i>	

FACTOR 5. Dieta restringida	
Reactivo	Carga factorial
Te la pasas "muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.	0.722
Tomas agua para quitarte el hambre.	0.676
Para controlar tu peso te saltas comidas.	0.542
Estás a dieta para bajar de peso, la rompes y vuelves a empezar.	0.436
<i>Valor propio = 2.220 Varianza explicada = 6.530% Alfa de Cronbach = 0.6630</i>	

Factor 6. Preocupación por el peso y la comida	
Reactivo	Carga factorial
Cuidas lo que comes para no subir de peso.	0.751
Evitas comer alimentos "engordadores" (pan, dulces, pizza, frituras, chocolates).	0.742
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.	0.439
Te preocupa engordar .	0.438
<i>Valor propio = 2.163 Varianza explicada = 6.363% Alfa de Cronbach = 0.6416</i>	

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Cada vez más, se confirma que para avanzar en la comprensión de la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, las investigaciones deben partir de una perspectiva multifactorial. En el presente estudio esta perspectiva fue específicamente biopsicosocial al considerar factores de riesgo biológico, psicológico y sociocultural, en muestras detectadas de riesgo, como lo es el caso de los púberes.

Al observar los dos instrumentos es interesante apreciar como en ambos sexos, el primer factor y el que alcanzó los mayores valores de alfa fue el de la influencia de la publicidad (hombres = 0.89; mujeres = 0.86), lo que permite plantear que para púberes de ambos sexos, los anuncios y programas sobre productos para adelgazar y moldear la figura tanto de farmacias, revistas, como de televisión y radio, así como las conversaciones sobre el peso, dietas para bajar de peso y el control de la obesidad, resultan bastante atrayentes para ellos, sin embargo para poder confirmar esta aseveración, se debe profundizar en los análisis del cuestionario, ya que estos altos valores psicométricos también pueden deberse a características propias de las preguntas, al número de reactivos, etcétera. Aunque es un hecho que se debe seguir puliendo el instrumento, el hecho de que éste haya arrojado un factor que evalúe la influencia de la publicidad es de gran valor ya que en diversos estudios se ha comprobado que durante la pubertad los jovencitos y jovencitas son más susceptibles a estas influencias, incrementando su vulnerabilidad a los TCA, incluso, algunos trabajos han encontrado que al sobrevenir el estadio de Tanner correspondiente a la aparición del vello púbico, se duplica la probabilidad de que las mujeres deseen parecerse más a las figuras femeninas presentadas en los medios masivos de comunicación (Field, Camargo, Taylor, Berkey y Colditz, 1999; Field *et al.* 1999; Wertheim, Paxton, Schutz y Muir, 1997).

Los dos factores siguientes relacionados con la imagen corporal (percepción y malestar) son constructos íntimamente relacionados, pues en otras investigaciones realizadas en púberes mexicanos (Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré, 2004; Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré, 2005; Saucedo-Molina *et al.* 2008) se ha encontrado que a mayor percepción de una imagen corporal de "gordura u obesidad", hay un mayor malestar con esta imagen y una mayor insatisfacción. Estos hallazgos permiten postular que en estos púberes ya existe una importante interiorización de los modelos promovidos por la cultura de la delgadez, en la que se sobrevalora la figura delgada para las mujeres, pues es símbolo de control, femineidad, éxito social y sexual (Toro 2006) y los cuerpos delgados pero musculosos para los varones que están asociados principalmente a virilidad, fuerza, y atractivo (Gómez-Peresmitré, Tafoya, y Unikel Santoncini, 1997).

De manera muy interesante, en el instrumento de varones aparecen dos factores que no se obtuvieron en el de mujeres, a pesar de que en los grupos focales se trabajaron e identificaron como importantes para ambos sexos, éstos son: la conducta alimentaria normal y los tiempos de comida. Recordemos que la conducta alimentaria normal es

definida como la dieta que, de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados, y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades (Norma Oficial Mexicana, 2002). Mientras que los tiempos de comida son definidos como la regularidad con la que se realizan las diferentes comidas (desayuno, comida, cena) durante un periodo de tiempo determinado (un día, una semana, etc.) (Saucedo-Molina *et al.*, 2008). Lo importante de estos factores es que todavía para los varones es primordial realizar sus tres comidas y comer normalmente, más que alcanzar la "figura ideal" promovida por los medios de comunicación, a diferencia de las mujeres, en cuyo instrumento no se obtuvieron estos dos factores, pero sí se formó uno relacionado con este ideal de delgadez, denominado preocupación por el peso y la comida, ratificándose para ellas la creencia de que la delgadez es parte fundamental de la belleza femenina, que una mujer naturalmente debe preocuparse por el peso, por lo que come, para no engordar, ya que esto último es un signo de poco control y fracaso (Levine y Smolake, 2000).

Estos hallazgos deben ser tomados de manera cuidadosa al hacer programas de prevención, pues los tiempos de comida y la conducta alimentaria normal podrían utilizarse como factores de protección en los púberes para prevenir el desarrollo de un problema alimentario. Hay que recordar que un factor protector es aquél que disminuye o inhibe la probabilidad de que una enfermedad aparezca, y es fundamental identificarlos porque serán herramientas indispensables para el diseño y la implementación de intervenciones eficaces y eficientes (Smolak, Levine y Schermer, 2000).

Otro factor que se formó en ambos sexos fue el de dieta restringida, lo que significa que para púberes hombres y mujeres, en la actualidad está muy claro este concepto, que es un factor fundamental a considerar en programas de prevención, pues juega un papel muy importante en el inicio, evolución y mantenimiento de los TCA (Huon y Strong, 1998; Strong y Huon, 1998). Además de que se ha tornado en una problemática de salud ya que se ha vuelto una conducta normativa, principalmente entre las mujeres. Asimismo, esta conducta provoca severos daños a la salud, pues conduce a complicaciones nutricias y metabólicas; a alteraciones en el correcto funcionamiento del sistema nervioso y cardiovascular (Saucedo-Molina, 1999), y si dicha conducta se perpetúa, lleva a la aparición de la desnutrición energético-proteínica ocasionando alteraciones en la digestión y absorción de todos los nutrimentos; disminución importante del sistema inmunológico, dando pie a diversas y severas infecciones y a problemas en el desarrollo y crecimiento (Toussaint y García-Aranda, 2001). Al mismo tiempo, el consumo inadecuado de alimentos también tiene consecuencias psicológicas importantes como son: irritabilidad, comportamientos obsesivo-compulsivos, tendencia al aislamiento social, pérdida de interés sexual, tendencia a la hipocondría, así como incrementos importantes en la depresión e histeria (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Se puede concluir que, de acuerdo con Toro (2006), en nuestra cultura se ha difundido por diversas edades y en ambos géneros, la búsqueda de la delgadez o la modificación de la figura corporal, y que el constante bombardeo en los medios masivos de comunicación ha facilitado la infiltración colectiva de los valores de la cultura de la delgadez favoreciendo una preocupación obsesiva por el peso y la comida, lo que conlleva en la mayoría de los casos a patrones alimentarios aberrantes. Otro de los efectos negativos de esta promoción de la delgadez, radica en la aparición y potenciación en individuos de ambos sexos y de diversas edades, tanto del malestar como de la insatisfacción con la propia imagen ya que ella se encuentra cada vez más alejada de los modelos exigidos por la sociedad actual.

Debe resaltarse, que la dieta restringida, conducta alimentaria de riesgo considerada por muchos como puerta de entrada a los TCA, y adjudicada casi por completo al sexo femenino, en este trabajo resultó un comportamiento identificado también en hombres, lo que da la pauta para continuar indagando sobre ella en el sexo masculino.

Dentro de las limitaciones de esta investigación se encuentra el hecho de que las muestras trabajadas no son representativas de la población de la ciudad de México, por lo que los resultados obtenidos, hasta este momento, no pueden ser generalizados. Dado lo anterior, se sugiere realizar el mismo tipo de estudio en diferentes zonas de la ciudad con poblaciones representativas, e incluso, en otros estados de la República con la finalidad de comprobar las propiedades psicométricas de los instrumentos, lo que compromete a continuar con futuras investigaciones sobre su validez y confiabilidad, añadiendo análisis confirmatorios y discriminantes.

Otra de las limitaciones es que en esta investigación solamente se consideraron algunas de las muchas variables asociadas con los TCA, pero no por ello este trabajo deja de ser un punto de partida para seguir indagando el entramado de dichos padecimientos.

Para terminar, a partir de los resultados se obtuvo un instrumento integrado por un total de 33 preguntas para hombres y 28 para mujeres, divididas en cinco secciones, para detectar factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en púberes mexicanos, y que en términos generales el instrumento preliminar presentado mostró datos de validez y confiabilidad adecuados para la población estudiada; sin embargo, esto no exonera a los responsables de continuar afinando los instrumentos para que éstos sean aplicados por otros grupos de investigación.

## REFERENCIAS

- ACOSTA G., V. (2000). *Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: imagen corporal y conducta alimentaria: una investigación transcultural entre España y México*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Almería, España.
- ACOSTA GARCÍA, M. V., LLOPIS MARÍN, J. M., G. GÓMEZ PERESMITRÉ Y G. PINEDA GARCÍA (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- ÁLVAREZ, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- ÁLVAREZ, G., J. M. MANCILLA Y VÁZQUEZ, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7, 74-85.
- ÁLVAREZ G., R. VÁZQUEZ, J. M. MANCILLA Y G. GÓMEZ (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 147-156.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised: DSM-III-R*. Washington: APA.
- . (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised: DSM-IV-R*. Washington: APA.
- BELLISLE, F., B. GUY-GRAND Y J. LE MAGNEN (2000). Chewing and swallowing as indices of the stimulation to eat during meals in humans: effects revealed by the edogram method and video recordings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 223-228.
- BLACK, C. Y T. WILSON (1996). Assessment of Eating Disorders: Interview versus Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 43-50.
- BOJÓRQUEZ, I. (2004). *Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias en mujeres adolescentes mexicanas*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- BUELA-CASAL, G., V. E. CABALLO, Y J. C. SIERRA (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI Editores, S. A.
- BRUCE, B., D. WILFLEY (1996). Binge eating among the overweight population: A serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(1), 58-61.
- BRUCH, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Button E.J. y Whitehouse (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 509-516.
- CARTER, J., A. AIMÉ Y J. MILLS (2001). Assessment of Bulimia Nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 187-192.
- CASAS RIVERO, J. J. Y M. J. CENAL GONZÁLEZ FIERRO (2005). *Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid.
- CHINCHILLA MORENO, A. (2003). *Trastornos en la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- COOPER, J., J. TAYLOR, Z. COOPER Y G. FAIRBURN (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

- CORORVE, M. (2004). *Eating Disorders Prevention Research*. Tesis de Doctorado en Filosofía. Washington University; M.S., Texas A&M University Texas.
- DELINSKY, S. y T. WILSON (2008). Weight gain, dietary restraint, and disordered eating in the freshman year of college. *Eating Behaviors*, 9, 82-90.
- DIÁZ-MARSÁ, M. y P. J. CARRASCO (2002). La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosa. En J. Sáiz Ruiz, y M. E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*, (pp. 93-106). Barcelona: Masson.
- ESCOTO PONCE DE LEÓN, M. C. y E. J. CAMACHO RUIZ (2008). Propiedades psicométricas del Test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 99-106.
- FAIRBURN, C. G. y S. J. BEGLIN (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- FELNER, L. A., J. N. JASON, MORITSUGU y S. S. FABER (1983). *Preventive Psychology. Theory, research and practice*. Nueva York: Pergamon Press.
- FELNER, R. D. y M. S. ABER (1983). Primary prevention for children: A framework for the assessment of need. *Prevention in Human Services*, 2(4), 109-121.
- FIELD, A. E., C. A. CAMARGO, C. B. TAYLOR, C. S., BERKEY, G. A. COLDITZ (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behavior among preadolescent and adolescent girls. *Archives of Pediatrics Adolescents Medicine*, 153, 1184-1189.
- FIELD, A. E., L. CHEUNG, A. M. WOLF, D. B. HERZOG, S. L. GORTMAKER, G. A. COLDITZ (1999). Exposure to the mass media and weight concern among girls. *Pediatrics*, 103, 660-661.
- FRANKO, D., D. THOMPSON, R. BAUSERMAN, S. AFFENITO y R. STRIEGEL-MOORE (2008). What's Love Got to Do with It? Family Cohesion and Healthy Eating Behaviors in Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 360-367.
- FUENTES, C. J. A., M. A. HURTADO, V. M. I. GONZÁLEZ, N. A. ESCARTÍ y M. E. GARCÍA-CAMBA (2002). Mensajeros centrales de la ingesta y polimorfismo de genes candidatos en los trastornos de la conducta alimentaria, en R. J. Sáiz., y M. E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson Editores.
- GALÁN, J. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM, México.
- GARNER, D. M. y P. E. GARFINKEL (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- GARNER, D. M., M. P. OLMSTED, BOHR y P. E. GARFINKEL (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- GARNER, D. M., M. P. OLMSTEAD y J. POLIVY (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 15-34.
- GÓMEZ-PERESMITRE, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- GÓMEZ-PERESMITRE G, J. S. TAFOYA, C. UNIKEL SANTONCCINI (1997). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras del género masculino. *Revista Contemporánea*, 7(1), 4-15.

- GÓMEZ-PERESMITRÉ, G. (1998). Imagen Corporal: ¿qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- GÓMEZ-PERESMITRÉ, G. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia en estudiantes de bachillerato de la ciudad de México (1994-2001) (PAPIIT IN305599-2001 CONACYT 34507-H).
- GÓMEZ-PERESMITRÉ, G. Y ACOSTA, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud*, 11, 35-58.
- GÓMEZ-PERESMITRÉ, G. Y ACOSTA, M. V. (2002). Evaluación de la delgadez, un estudio transcultural entre México y España. *Psicothema*, 4, 221-226.
- GÓMEZ-PERESMITRÉ, G. Y ÁVILA, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana*, 6, 10-22.
- GÓMEZ-PERESMITRÉ, G., A. GRANADOS, J. JÁUREGUI, G. PINEDA, Y S. A. TAFOYA (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: versión computarizada y de papel y lápiz. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 993-1007 (CONACYT) México: UNAM.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanas púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 153-165.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, G. (2001) *Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación y de la nutrición*. Informe Proyecto IN305599 (PAPIIT).
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, G., M. T. SAUCEDO-MOLINA, Y A. E. ÁVILA (1997). Factores de riesgo: anomalías de la conducta alimentaria en escolares preadolescentes. Congreso Regional de Psicología para Profesionales de América.
- GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ, G. Y A. E. ÁVILA (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso?, *Revista Iberoamericana*, 6, 37-46.
- GÓMEZ PERESMITRÉ, G., T. SAUCEDO-MOLINA, Y S. C. UNIKEL (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud, en N. Calleja, y G. Gómez-Peresmitré (compil.). *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- GONZÁLEZ, S. L. M., M. M. LIZANO, Y G. GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.
- HADIGAN, C., E. ANDERSON, K. MILLER, J. HUBBARD, D. HERZOG, A. KLIBANSKI Y S. GRINSPON (2000). Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 284-292.
- HARDER, T., R. BERGMAN, G. KALLISCHNIGG Y A. PLAGEMANN (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 162(5), 397-403.
- HEINBERG L. J., J. K. THOMPSON Y S. STORMER (1995). Development and validation of The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- HERMAN, C. P. Y D. MACK (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.

- REBELSON, P. M. (1994). *Qualitative research for health programmes*. Division of Mental Health. World Health Organization, Geneva.
- REMPREY, L. L. (1989). Observed family among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206-214.
- REYN, G. F. Y G. STRONG (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 361-369.
- REYN, G. F., A. HAYNE, A. GUNWARDENE, K. STRONG, N. LUNN, T. PIRA Y J. LIM (1999) Accounting for Differences in Dieting Status: Steps in the Refinement of a Model. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 420-433.
- ROBINSON, W., F. GRIEVE, C. ADAMS Y J. SANDY (1999). Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent version of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 301-314.
- KAPLAN, D. W. Y A. K. MAMMEL (1994). Adolescencia. En Silver, Kempe, Bruyn y Fulginiti. *Manual de Pediatría* (pp. 279-287). México: Manual Moderno.
- LEVINE, M. Y L. SMOLAK (2000). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: Consecuencias en la prevención primaria. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (compils.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 39-79). Barcelona, España: Granica.
- LITTLETON, L. H. Y T. OLLENDICK (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Review Clinical Child and Family Psychology*, 6(1): 51-66.
- LOPEZ ESPINOZA, A. (2007). Análisis experimental en conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 258-263.
- LUCE K. Y J. CROWTHER (1999). The reliability of the eating disorder examination-self-report Questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25, 349-351.
- MALONEY, M. J., J. B. MCGUIRE Y S. R. DANIELS (1988). Reliability testing of the children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, R. (1996). *La salud del niño y del adolescente*. Federación de Pediatría Centro-Occidente de México. 3ª ed. México: J. G. H. Masson Salvat.
- MARTÍNEZ, M. E., J. TORO, M. SALAMERO, M. J. BLECUA Y M. ZARAGOZA (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20(2), 51-65.
- MARTÍNEZ, M. E., J. TORO Y M. SALAMERO (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23(5), 125-133.
- MEDINA-MORA, M. E. (1982). Prevalencia de trastornos emocionales y factores de riesgo en diferentes poblaciones. En IMP (Compil.). *Memoria de la I Reunión Sobre Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- MINTZ, L. B. Y M. S. O'HALLORAN (2000). The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74, 489-503.
- MINTZ L., A. MULHOLLAND Y S. O'HALLORAN (1997). Questionnaire for eating disorder diagnose: reliability and validity of operationalizing DSM-IV CRITERIA into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 63-79.

- NEUMARK-SZTAINER, D, M. STORY, P. J. HANNAN, C. L. PERRY Y L. M. IRVING (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and non overweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 156, 171-178.
- NORMA OFICIAL MEXICANA. NOM-043-SSA-2005. Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. *Criterios para brindar orientación*. Secretaría de Salud.
- ORIENTACIÓN ALIMENTARIA: GLOSARIO DE TÉRMINOS (2001) *Cuadernos de Nutrición*, 24(1). México.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993). CIE-10-Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor: 145-147.16).
- PAPALIA, E. D. Y O. S. WENDKOS (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- PERPIÑA, C. (1989). *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Valencia: Promolibro.
- REITER, R.E. Y KULIN, E.H. (1994). Regulación neuroendocrina de la pubertad. En R. E. McAnarney, E. R. Kreipe., P. D. Orr y G. D. Comerci. *Medicina del Adolescente* (pp. 46-77). México: Panamericana.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD. Título Segundo. Capítulo I. Artículos 17 y 23. México. 1998.
- SÁNCHEZ, G. O. (2000). Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. *Acta Pediátrica de México*, 21(84), 115-8.
- SAN MARTÍN, H. (2001). *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*. (2ª reimp.) México: La Prensa Médica Mexicana.
- SANTAGREU, J., M. O. MÁRQUEZ, Y J. L. ZACCAGNINI (1989). *Estudio sobre definición conceptual y marco teórico para el desarrollo de intervención preventiva en drogadicción*. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.
- SAUCEDO-MOLINA, T. J. (1999). Nutrición y alimentación del adolescente. En *Alimentación en el primer año, nutrición y alimentación en el preescolar; del escolar y del adolescente*. Colección Familia, Nutrición y Salud. (Pp. 55-80). México: ISSSTE.
- SAUCEDO-MOLINA T. (2003). *Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes, y sus madres*. Tesis de doctorado en psicología no publicada. UNAM, México.
- SAUCEDO-MOLINA T. Y G. GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 31(2), 69-74.
- SAUCEDO-MOLINA, T. Y G. GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 32(2), 67-74.
- SAUCEDO-MOLINA, T. J., T. A. ESCAMILLA-TALÓN, I. E. PORTILLO-NORIEGA, A. PEÑA-IRECTA Y Z. CALDERÓN-RAMOS (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60(3), 231-240.
- SERRA MAJEM, L. L., L. RIBAS BARBA, C. PÉREZ RODRIGO, B. ROMÁN VIÑAS Y J. ARANCETA BARTRINA (2003). Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española. 1998-2000: variables socioeconómicas y geográficas. *Med. Clin.* (Barcelona), 126-131.
- SEGEL, O. (1982). Personality developmental in adolescence. *Handbook of Developmental Psychology*. EUA.

Shisslak, C. M., 1  
*Eating Disor*  
 SMITH, M. C. Y M  
*and Clinical P*  
 SMOLAK, L., M. L.  
 preventivo pa  
 los trastornos  
 SPITZER R., M., 1  
 (1992). Binge  
*Eating Disor*  
 STICE, E., H. Sme  
 dren and Ad  
 STRONG, K. G. Y  
 ting among a  
 TANNER, J. M. (19  
 THELEN, M. H. J.  
*Journal of Ca*  
 TORO, J., M. SALA  
 shape model  
 TORO, J. (2006). 3  
 Gómez Pérez  
 TORO, J., G. GÓME  
 body image i  
 THURMANT, M. G  
 Kaufert-Horv  
 dica Paname  
 UNKEL, S. C. (19  
 en Psicología  
 UNKEL, S. C., V.  
 (2000). Com  
 Distrito Fede  
 UNKEL-SANTON  
 rito breve par  
 UNKEL-SANTON  
 Médica Ma  
 tendencias P  
 UNKEL, S. C., C  
 Towards Bod  
 International

- WINDAK, C. M., M. CRAGO Y L. S. ESTES (1995). The spectrum eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- SMITH, M. C. Y M. H. THELEN (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- SMOLAK, L., M. LEVINE, Y F. SCHERMER (2000). Lo que nos enseñó la enseñanza: Evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias. En W. Vandereycken, G. Noordenbos (compils.) *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. (Pp. 173-213). Barcelona, España: Granica.
- SWITZER R., M., B. DEVLIN, D. WALSH, R. HASIN, M. WING, A. MARCUS, T. STUNKARD, S. WADDEN *et al.* (1992). Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- STICE, E., H. SHAW Y N. MARTÍ (2006). A Meta-analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions that Work. *Psychological Bulletin*, 132(5), 667-691.
- STRONG, K. G. Y G. F. HUON (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescents girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3/4), 315-326.
- TENNER, J. M. (1962). *Growth at Adolescence*. Londres: Scientific Publications.
- THELEN, M. H. J., FARMER, WONDERLICH, D. Y M. SMITH (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.
- TORO, J., M. SALAMERO, Y E. MARTÍNEZ (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- TORO, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En D. Mancilla, G. Gómez Pérez-Mitré, *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. (pp. 203-227). México: Manual Moderno.
- TORO, J., G. GÓMEZ-PERESMITRÉ J. SENTIS, A. VALLES, V. CASULÁ, J. CASTRO *ET AL.* (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry Epidemiology*, 41, 556-565.
- TOUSSAINT, M. G. Y J. GARCÍA-ARANDA (2001) Desnutrición energético-proteínica. En E. Casanueva, M. Kauffer-Horwitz, A. B. Pérez-Lizaur, P. Arroyo (eds.) *Nutriología Médica*. (pp. 212-242). México: Médica Panamericana.
- UNIKEL, S. C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet*. Tesis de maestría en Psicología clínica no publicada, UNAM, México.
- UNIKEL, S. C., V. J. A. VILLATORO, M. E. MEDINA-MORA, B. C. FELIZ, M. E. ALCÁNTAR, Y R. S. HERNÁNDEZ, A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- UNIKEL-SANTONCINI, C., I. BOJÓRQUEZ-CHAPELA Y S. CARREÑO-GARCÍA (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- UNIKEL-SANTONCINI, C., I. BOJÓRQUEZ-CHAPELA, J. VILLATORO-VELÁZQUEZ, C. FLEIZ-BAUTISTA, Y M. E. MEDINA MORA (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- UNIKEL, S. C., G. J. JUÁREZ Y G. GÓMEZ PERESMITRÉ (2006). Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Mexican Female Students and Patients with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 430-435.

- VAUGHAN, V. C. e I. F. LITT (1990). *Child and Adolescent Development: Clinical Implications*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- VÁZQUEZ, R., G. ÁLVAREZ, y J. M. MANCILLA (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
- VÁZQUEZ, R., X. LÓPEZ, G. ÁLVAREZ, J. M. MANCILLA y A. RUIZ (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11, 185-197.
- WERTHEIM, E. H., S. J. PAXTON, H. K. SCHUTZ, S. L. MUIR (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 345-355.
- WILLIAMSON, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders*. Nueva York: Pergamon Press.

