

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE UN INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES MEXICANAS*

Claudia Unikel**, Gilda Gómez-Peresmitré***

SUMMARY

The main purpose of this paper was to present the construct validity of an instrument for the detection of risk factors for eating disorders in Mexican adolescents and young women, such that professionals in this area have a reliable and valid instrument for the detection of risk factors with qualitative and quantitative specifications, for the discrimination of risk severity in conjunction with decision-making related to prevention and treatment. This has been a theoretical and practical issue lacking issue in our present socio-cultural context. As systematic research on eating disorders is recent in Mexico, and because the low prevalence of these diseases has limited the access to clinical populations, their cause may be explained based on other cultural context's research findings. Therefore it has become an important task to enrich such information with the Mexican eating disordered women's experience, related to cultural issues. It may appear reiterative to develop new assessment instruments for this purpose, considering that international workings are abundant and some of them have been already validated with Mexican populations, for instance the Eating Attitudes Test, a self-report screening test of the symptoms and concerns characteristic of eating disorders, and the Eating Disorders Inventory, that measures traits and symptom clusters presumed to have relevance for the understanding and treatment of eating disorders. However, it is important to highlight the cultural differences of a particular culture and their relationship to psychopathology. The results obtained in different cultures, question the universal meanings for psychological disorders challenging the validity of standardization for non-occidental cultures. These views support the development of appropriate assessment instruments in different cultures. The main contribution of this instrument is that it was developed based on the information provided by Mexican eating disordered patients in relation to the development of their illness.

Risk factors associated with the development of eating disorders were assessed in a sample of 332 Mexican adolescents and young

women (average age 19.1 years, SD=3.8), high school and college students at public and private schools in Mexico City. The study was carried out in two phases: in the first, the individual (eating behaviors, body weight history, curriculum, dating and violence), psychosocial (self-esteem, body image, depression, personality traits, identity and sexuality) and sociocultural (interpersonal relationships, career choice and values towards the body) factors associated with the development of eating disorders were assessed using a qualitative methodology (in-depth interviews) with 10 Mexican eating disordered patients in treatment at the Eating Disorders Unit of the National Institute of Psychiatry Ramón del Fuente in Mexico City.

The data obtained from the first phase, was used to identify the most important issues reported by patients, and questions were developed to assess the different areas; this resulted in the development of a 273 question self-report instrument. The instrument included two types of measurements: questions specifically implemented for this study, and scales previously validated in Mexican populations, such as the CES-D, suicidal ideation scale, and the relationship with mother/father scale, the Pope self-esteem scale, and the Eating Disorders Inventory perfectionism, maturity fears and body dissatisfaction scales. The instrument was initially assessed with a pilot study to determine the correct comprehension of the items and its statistical discrimination, with 31 women diagnosed with eating disorders in treatment at the Eating Disorders Unit, and 30 normal controls with similar ages ($X=22.5$, $SD=7.7$), similar schooling curriculum in years ($X=12.5$, $DE=3.3$) and BMI ($X=22.3$, $SD=3.6$). To achieve these goals, independent samples t-tests were conducted between groups, considering as valid those items that were different at a .05 level. After the pilot study the instrument included 14 areas and 216 questions associated with the development of eating disorders; nevertheless, in this paper only the results from the validation analyses of the 8 Likert scales that comprise the instrument will be reported: depressive symptoms, suicidal ideation, self-esteem, psychological characteristics, relationships with brothers and sisters, with males, with mother

*Trabajo presentado en la 2003 *Conference of the Academy for Eating Disorders*, Denver, Colorado, mayo 2003.

**Investigador de tiempo completo. Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional Psiquiatría Ramón de la Fuente. Correo electrónico unikels@imp.edu.mx.

***División de Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología, UNAM.

Correspondencia: Mtra. Claudia Unikel. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F.

Recibido primera versión: 23 de abril de 2003. Recibido segunda versión: 4 de septiembre de 2003. Aceptado: 20 de octubre de 2003

and father. Afterwards, reliability analyses and factorial validation were conducted.

The results showed a high total internal consistency for all of the scales (Cronbach alphas between .80 and .94), with factorial distributions similar to those obtained in the previous analyses done with other Mexican populations, as well as an internal consistency of the subscales from moderate to high (Cronbach alphas between .60 and .94).

The depressive symptoms scale, showed a two-factor distribution that distinguished between depressive mood and somatic symptoms. The suicidal ideation scale obtained an appropriate internal consistency score and in accordance with previous research in Mexican populations, only one factor was obtained that explained a high percentage of the total variance. The self-esteem scale showed a factorial distribution very similar to the one previously obtained in Mexican adolescents, although not all of the statistical scores were adequate, for instance, in the family relationships and anger subscales (Cronbach alphas < .70). The psychological characteristics scale obtained a 4 factor distribution, eliminated the questions related to the measurement of perfectionism, kept the maturity fears questions, and, the cluster of questions that were originally directed to measure body image, yielded two subscales, one related to the actual aesthetical body model, and the other directly related to body dissatisfaction, all of which obtained good statistical scores of internal consistency and explained variance. The scale "Relationship with brothers and sisters", and "Relationship with males" obtained good statistical scores, in a one factor structure that clustered positive and negative questions. The relationship with father scale, showed a 5-factor structure with an appropriate total internal consistency score; nevertheless, 2 of the 5 subscales: father's criticism and father's maltreatment were not conceptually coherent. In the opposite, the other 3 subscales were conceptually good but one of them had a low internal consistency (Fathers support). On the other hand, the distribution of the same questions in the relationship with mother scale had more conceptual coherence and good statistical scores. The only subscale that showed some problem was the one denominated "Worth", it includes four questions: two refer to the daughter's perception of her mother's demands, and two refer to the daughter's perception of the worth her mother recognizes in her. In both scales, the factor that obtained the highest internal consistency score was "positive affect", that combines questions about the positive issues of the relationship with parents in regard to the expression of affection and interest in daughter's activities.

From these analyses a new instrument for non-clinicians was developed directly from the Mexican population, with adequate reliability and validity scores for the sample studied. That will be helpful for the detection of people at risk for eating disorders, and for sub clinical and clinical eating disorder cases. Nevertheless, given its recent development it will have to be tested in future studies to confirm its utility for eating disorders' research in Mexico.

Key words: Eating disorders, risk factors, anorexia nervosa, bulimia nervosa, validation.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue presentar la validez de constructo de un instrumento para detectar factores de riesgo en

los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en mujeres mexicanas adolescentes y jóvenes adultas. De tal manera, los estudiosos en esta área pueden contar con un instrumento válido y confiable para la detección de tales factores de riesgo considerando las especificaciones cualitativas y cuantitativas que les permite discriminar la severidad del riesgo en correspondencia con la toma de decisiones, en lo que a la prevención o tratamiento se refiere, ya que en la actualidad y en nuestro contexto socio-cultural se carece de este apoyo teórico-práctico. Debido a que la investigación sistemática sobre este tema en México es reciente y a que el acceso a las personas clínicamente diagnosticadas se ha visto limitado debido a la baja prevalencia que caracteriza a estas enfermedades, hasta ahora las explicaciones acerca de las causas que las provocan, se han basado en las investigaciones realizadas en otros contextos socioculturales. De ahí la importancia de complementar dicha información con la exposición de los aspectos culturales que pueden derivarse de la experiencia de las mujeres mexicanas. Si bien puede parecer reiterativo construir nuevos instrumentos con este fin, dado que abundan en la bibliografía internacional y que algunos ya han sido validados en población mexicana (como el *Eating Attitudes Test* que es un instrumento autoaplicable de tamizaje de los síntomas y preocupaciones características de los TCA y el *Eating Disorders Inventory*, que mide rasgos y conjuntos de síntomas que tienen relevancia en el entendimiento y tratamiento de los TCA); es importante resaltar la importancia que tienen las diferencias culturales de una particular población y su relación con la psicopatología. Los estudios apoyados en los resultados obtenidos de muestras provenientes de diversas culturas, cuestionan las acepciones universales para los trastornos psicológicos, y por lo tanto retan la validez de las medidas estandarizadas para las culturas no occidentales. Por esta razón se hace necesaria la construcción de instrumentos adecuados para las diferentes poblaciones. La principal contribución de este nuevo instrumento es que fue construido a partir de la información proporcionada por mujeres mexicanas con trastornos alimentarios, en relación con el desarrollo de la enfermedad.

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de los TCA, se evaluaron en una muestra de 332 mujeres mexicanas adolescentes y jóvenes (edad promedio de 19.1 años, DE=3.8), estudiantes de nivel preparatoria y licenciatura, procedentes de escuelas públicas y privadas de la ciudad de México. La investigación se llevó a cabo en dos fases: en la primera, se detectaron los factores individuales (conductas alimentarias, historia del peso corporal, vida académica, relaciones de pareja y violencia); los psicosociales (autoestima, imagen corporal, depresión, personalidad, identidad y sexualidad), y los socioculturales (relaciones interpersonales, vocación y valores entorno al cuerpo) asociados con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria mediante una metodología cualitativa (entrevistas a profundidad) en 10 mujeres con diagnóstico de TCA, bajo tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

En la segunda fase se desarrolló un instrumento autoaplicable de corte cuantitativo que incluyó 273 preguntas sobre las diferentes áreas identificadas, unas de ellas elaboradas expresamente para el presente estudio y otras, evaluadas con escalas previamente validadas en población mexicana, como el CES-D, la escala de relación con mamá/papá y la escala de ideación suicida; la escala de autoestima de Pope, y las escalas *perfeccionismo*, *miedo a madurar* e *insatisfacción corporal* del *Eating Disorders Inventory*. El instrumento fue evaluado inicialmente mediante un estudio piloto, para

determinar la discriminación estadística de los reactivos. Participaron 31 mujeres con diagnóstico de TCA, bajo tratamiento en la CTCA, y 30 controles de edad y escolaridad similares. Posteriormente se llevaron a cabo análisis de consistencia interna y validación factorial. El instrumento después de ser pilotado contó con 14 áreas y 216 preguntas asociadas con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, en este trabajo se documentarán únicamente los resultados de la validación de constructo de las 8 escalas Likert que lo componen: sintomatología depresiva, ideación suicida, autoestima, características psicológicas, relación con hermanos, relación con hombres, relación con papá y relación con mamá.

Los resultados mostraron una consistencia interna total elevada en todas las escalas (alphas entre .80 y .94), con distribuciones factoriales similares a las obtenidas previamente en análisis realizados con muestras mexicanas, así como una consistencia interna de las subescalas de moderada a buena (alphas de Chronbach entre .60 y .94). La escala de sintomatología depresiva, se distribuyó en dos factores que distinguen al ánimo deprimido de los síntomas somáticos. La escala de ideación suicida obtuvo valores adecuados de consistencia interna y, en concordancia con estudios previos en población mexicana, se obtuvo un solo factor que explicó un porcentaje elevado de varianza. La escala de autoestima obtuvo una distribución factorial muy similar a la validación previa aunque los valores estadísticos no fueron tan adecuados en dos de las cuatro subescalas (enojo y relaciones familiares). En el análisis realizado con la escala de características psicológicas se eliminaron las preguntas relacionadas con el perfeccionismo; se conservaron las preguntas sobre el miedo a madurar y el conjunto de preguntas que originalmente iba dirigido a inquirir sobre la insatisfacción con la imagen corporal. Se dividieron en dos secciones, una relacionada con la influencia del modelo estético corporal actual y la otra relacionada directamente con la insatisfacción corporal; todas ellas obtuvieron valores de consistencia interna adecuados. Las escalas "relación con hermanos" y "relación con hombres" obtuvieron valores de consistencia interna adecuados con un solo factor que agrupó tanto las preguntas negativas como las positivas. Las escalas de relación con papá y mamá mostraron una adecuada coherencia conceptual con excepción de la subescala *Crítica-papá*, *Maltrato emocional-papá* y *Valía-mamá*. En ambas escalas, el factor que obtuvo el valor de consistencia interna más elevado fue *Afecto positivo*, en el cual se conjuntaron preguntas sobre los aspectos positivos de la relación con los progenitores en cuanto a expresión de afecto e interés por las actividades de la hija.

A partir de estos resultados se construyó un nuevo instrumento para legos, útil en la detección de personas en riesgo, de casos subclínicos y clínicos de trastornos de la conducta alimentaria, con las características de validez y confiabilidad adecuada para la población estudiada; sin embargo, dado que se trata de un instrumento nuevo, requiere ser reproducido en estudios posteriores para confirmar su utilidad en la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en México.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, validación.

La investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en México se ha venido desarrollando de manera sistemática hace aproximadamente

10 años. A pesar de que ya se cuenta con muchas aportaciones originales en este campo, quedan todavía muchas áreas por explorar y una de ellas es el desarrollo de instrumentos construidos a partir de la información que nuestras poblaciones pueden aportar. Hasta ahora, las explicaciones respecto a las causas que provocan estos trastornos, se han basado en investigaciones realizadas en otros contextos socioculturales, y el acceso a poblaciones clínicamente diagnosticadas con TCA en México se ha visto limitado debido a la baja prevalencia que caracteriza a estas enfermedades. Por lo tanto es importante complementar dicha información con la aportación de aspectos culturales que pueden derivarse de la experiencia de mujeres mexicanas, en espera de que se hagan evidentes aquellos factores particularmente importantes para el desarrollo de estas enfermedades, y consecuentemente de gran utilidad para la elaboración de instrumentos de medición y tratamiento, y de estrategias preventivas.

En México han sido validado algunos de los instrumentos más utilizados en el campo de investigación de los TCA, como son el *Eating Attitudes Test* (12), para la detección de casos en riesgo, y el *Eating Disorders Inventory* (14), que mide las características psicológicas asociadas con los trastornos alimentarios (1, 2, 3). Sin embargo, es importante destacar la relevancia que tienen las diferencias culturales de una población y su relación con la psicopatología. Como lo ha señalado Devereux en sus escritos, citado por Gordon (18), algunas enfermedades mentales son una forma de expresar las ansiedades y los problemas no resueltos dentro de una particular cultura. En el caso de la preocupación por el peso corporal puede entenderse como el producto de la conjunción del ideal de delgadez prevaeciente y la fragmentación de la identidad femenina que las mujeres viven actualmente con respecto a su rol social (4).

Los estudios apoyados en los resultados obtenidos de muestras provenientes de diversas culturas, cuestionan las acepciones universales para los trastornos psicológicos y por lo tanto, también la validez de las medidas estandarizadas para las culturas no occidentales. Por esta razón se hace necesaria la construcción de instrumentos adecuados para cada una de las diferentes poblaciones (10).

Tomando en cuenta estas observaciones, la presente investigación tuvo como principal propósito construir un instrumento confiable y válido con especificaciones cualitativas y cuantitativas, para la detección de factores de riesgo asociados con el desarrollo de los TCA en mujeres mexicanas adolescentes y jóvenes adultas. La principal aportación de esta investigación es que el instrumento fue construido utilizando una metodología de investigación cualitativa, y tomando como base

la experiencia de mujeres mexicanas con diagnóstico de TCA.

ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los modelos explicativos más complejos para los trastornos de la conducta alimentaria son los biopsicosociales, los cuales combinan variables biológico-genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal biopsicosocial. Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina (15) propusieron uno de los primeros modelos combinatorios en donde todos los factores contribuyen de manera interconectada al desarrollo de la patología. A partir de la investigación desarrollada en el campo, ha quedado claro que tanto la anorexia como la bulimia nervosa parten de una etiología multicausal (13, 29, 30), resultado de una compleja interacción de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes; la afección es el resultado de una serie de influencias que varían con cada persona, pero que interaccionan mutuamente de tal manera que la causa y el efecto se distinguen con dificultad (11). Los factores predisponentes se refieren a aquellos que, combinados con diferente fuerza, favorecen la aparición de la enfermedad y estos se dividen en individuales, psicosociales y socioculturales. Los factores precipitantes se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno, o a aquellos factores que marcan el momento de su inicio, que por lo general se refieren a factores externos, o estresores externos: es decir, de carácter observable. Los factores mantenedores son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso morbosos, llevándolo a una calidad de cronicidad (19, 20). Los estudios realizados en población comunitaria, indican claramente una mayor prevalencia de los problemas relacionados con la conducta alimentaria que con los trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos, y debido a que estos trastornos se presentan a lo largo de un continuo cuantitativo relacionado con el grado de "enfermedad", es preferible que su estudio y etiología se conceptualicen desde una perspectiva dimensional más que categórica (21).

Shiltz (31), entre otros muchos autores, propone una división de los factores de riesgo como sigue: los factores individuales incluyen las experiencias de abuso sexual, la insatisfacción con la figura y el peso corporal, la práctica crónica de dietas, y algunos cambios traumáticos en la vida como son la pérdida de un ser querido, el rompimiento de una relación importante, el divorcio de los padres y el cambio geográfico. En-

tre los factores psicosociales menciona la presencia de trastornos afectivos, tanto en el individuo como en los familiares de primer grado; la baja autoestima; los rasgos de personalidad tales como la necesidad de aprobación, la dificultad para expresar sentimientos, en especial la ira; la evasión de los conflictos; un patrón de pensamiento rígido con gran énfasis puesto en el deber ser; la sensación de ausencia de autocontrol que se traduce en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria, el perfeccionismo, y el problema básico de identidad. Entre los factores socioculturales se encuentran los ideales culturales de belleza, las actitudes de la familia hacia el peso corporal; la falta de definición de límites, la rigidez y la confusión de roles en la familia, así como la disfuncionalidad y el maltrato emocional; la influencia del grupo de pares; el involucramiento en algunas actividades que enfatizan el bajo peso, y las críticas con respecto al peso y la figura.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en dos fases, con metodologías de investigación diferentes. Dado que los objetivos de la primera fase fueron: a) la detección de los principales factores explicativos asociados con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas con TCA, b) construir el conocimiento junto con el entrevistado a lo largo del desarrollo de la investigación, c) retomar temas poco explorados y d) incluir aquellos que no fueron inicialmente contemplados, se trabajó con una metodología cualitativa que permitiera ahondar en áreas de la experiencia humana difíciles de abordar mediante metodologías de corte cuantitativo. En la segunda fase se utilizó la información recopilada mediante las entrevistas a profundidad, para desarrollar un instrumento confiable y válido de los factores de riesgo de los TCA en mujeres mexicanas, mediante una metodología de tipo cuantitativo.

En la primera fase, se entrevistó a 10 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, atendidas en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (CTCA). Se utilizó una guía de entrevistas que incluyó los siguientes temas: datos demográficos, rutina doméstica y actividades familiares, alimentación, relaciones familiares, vida académica, grupo de pares, problemática actual, relaciones de pareja, sexualidad, autoestima, historia del peso corporal, imagen corporal, valores en torno al cuerpo, violencia doméstica, problemas de salud mental en familiares y búsqueda de ayuda y tratamiento (estos resultados se-

rán documentados en otra publicación).

Para alcanzar los objetivos de la segunda fase, se llevaron a cabo dos estudios: 1) piloto y 2) validación del instrumento, los que se describen a continuación.

Estudio piloto

El instrumento desarrollado se condujo en una muestra de 31 mujeres en población general (grupo 1) ($N=30$) y en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, en tratamiento en la CTCA (grupo 2) ($N=31$) con edad ($\bar{X}_{gpo1}=24$ años, $DE=8.3$; $\bar{X}_{gpo2}=22.1$ años, $DE=7.2$), escolaridad ($\bar{X}_{gpo1}=12.1$ años, $DE=4.1$; $\bar{X}_{gpo2}=13.0$ años, $DE=3.6$) e Índice de Masa Corporal ($\bar{X}_{gpo1}=22.1$, $DE=4.3$; $\bar{X}_{gpo2}=22.5$, $DE=3$) similares. La finalidad del estudio fue encontrar posibles incomprensiones de forma y contenido del instrumento, así como la discriminación estadística entre grupos de sujetos (pacientes-no pacientes), para determinar qué preguntas sería apropiado incluir en la versión final del mismo. Para lograr dicho fin, se llevó a cabo un análisis de diferencias de medias entre ambos grupos y se consideró como criterio válido para determinar la inclusión de las preguntas un valor de probabilidad menor a 0.05. Excepciones a esta regla fueron las preguntas de las escalas de depresión y autoestima, en las cuales se conservaron todas las preguntas, dado que se trataba de instrumentos previamente validados y confiabilizados en población mexicana, y que se deseaba constatar esta información con una muestra de mayor tamaño.

A partir de los análisis realizados en el estudio piloto, se le hicieron algunas modificaciones al instrumento, de tal forma que la versión final constó de 14 áreas (216 preguntas).

Estudio de validación factorial

No obstante que el instrumento consta de 14 áreas asociadas con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, en este trabajo se documentarán únicamente los resultados de la validación de constructo del instrumento de las 8 escalas Likert que lo componen. Estas son: sintomatología depresiva, ideación suicida, autoestima, características psicológicas, relación con hermanos, relación con hombres, relación con papá y relación con mamá; el resto de las áreas incluye preguntas que recopilan la información a nivel nominal: datos demográficos, problemas de salud mental en el sujeto y en sus familiares, intento suicida, consumo de sustancias, abuso sexual, conductas alimentarias de riesgo y autopercepción del peso corporal.

Muestra

Se levantó una muestra no probabilística ($N=332$), de mujeres entre 14 y 40 años ($\bar{X}=19.1$, $DE=3.8$), estu-

diantes de nivel medio superior y superior en instituciones educativas públicas (60.4%) y privadas (39.6%) de la ciudad de México. Se registraron algunos datos para conocer el nivel socioeconómico de las mujeres de la muestra (medido con ingreso familiar), la escolaridad y ocupación de los padres, el tipo de vivienda: número de habitaciones, material de construcción y número de servicios en la vivienda. El ingreso familiar promedio fue de 5 ($DE=3.4$) salarios mínimos mensuales. Los padres de los sujetos informaron tener un promedio de 12.3 ($DE=4.4$) años de estudio y las madres un promedio de 13.7 ($DE=4.3$). Las principales ocupaciones de los padres fueron: profesionista (36.2%), empleado de oficina (22.5%) y propietario de negocio (12.8%); mientras que de las madres fueron: ama de casa (38.4%), profesionista (27.1%) y empleada de oficina (14.3%). Un 84.4% de los sujetos vive en casa propia, y el resto en viviendas rentadas o prestadas; 84% de las viviendas tiene 5 o más habitaciones, la mayoría (90%) esta construida con cemento y cuenta con los principales servicios ($\bar{X}=6$, $DE=1$).

Instrumento

El instrumento incluyó ocho subescalas que se describen a continuación. Con excepción de la escala de autoestima, se consideró que a mayor puntuación correspondió una mayor psicopatología.

Sintomatología depresiva: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (25), versión validada en México por Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (22) que consta de 20 preguntas con 4 opciones de respuesta sobre el número de días en que se experimentaron cada uno de los síntomas durante la semana previa a la aplicación.

Ideación suicida: 4 preguntas con 4 opciones de respuesta (mismas del CES-D) en la versión para adolescentes adaptada por Roberts (27) y evaluada por González-Forteza (16) en adolescentes mexicanos.

Autoestima: se utilizó la escala de autoestima de Pope, McHale y Craighead (23), en la versión validada con adolescentes mexicanos (5), en adolescentes hombres y mujeres ($\bar{X}=15.4$ años de edad, $DE=1.6$), estudiantes de preparatoria de la ciudad de México ($N=615$). Consta de 21 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia, con mucha frecuencia) y 4 subescalas: percepción de sí mismo, percepción de competencia negativa, relaciones familiares y enojo.

Características psicológicas: las preguntas que se incluyen en esta sección provienen de dos fuentes de información: 1) preguntas elaboradas a partir de la información recopilada mediante las entrevistas a profundidad y 2) tres de las ocho subescalas (perfeccionismo, miedo a madurar e insatisfacción con la figura corpo-

ral) del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (*Eating Disorders Inventory*, EDI) (14) en la versión validada en México (3) para medir las dimensiones actitudinales y conductuales relevantes para la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. Las áreas se formaron de la siguiente manera: perfeccionismo (6 preguntas), respecto al grado en el que una persona cree que sus logros personales deben ser superiores; miedo a madurar (10 preguntas), sobre el deseo de regresar a la seguridad de la infancia; insatisfacción con la figura corporal (26 preguntas), que evalúan si la persona se encuentra conforme con la propia silueta corporal, y que exploran principalmente aquellas partes del cuerpo que generalmente suelen vigilarse de manera más cuidadosa de acuerdo con los parámetros ideales socialmente establecidos. Esta escala consta de 42 preguntas con formato Likert de respuesta (nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia, con mucha frecuencia).

Relación con hermanos: 8 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia, con mucha frecuencia) sobre la percepción de la relación con los hermanos(as).

Relación con hombres: 8 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia, con mucha frecuencia) sobre la percepción de la relación con personas del sexo opuesto.

Relación con mamá/papá: 43 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, con frecuencia, con mucha frecuencia) sobre las manifestaciones conductuales de afecto, maltrato emocional, control, apoyo y comunicación por parte de la mamá o del papá hacia la hija, así como algunas características de los mismos progenitores.

Las preguntas que se incluyeron en esta sección provienen de tres diferentes fuentes de información: 1) 25 preguntas elaboradas a partir de la información recopilada mediante entrevistas a profundidad, 2) 10 de la escala *Drug Risk Scale-DRS* (8) y validado por González-Forteza (16) en adolescentes mexicanos, y 3) 8 preguntas de la escala de maltrato emocional de Marshall (23) y validada por Cervantes (7) en mujeres mexicanas.

Análisis de datos

Se hicieron análisis de consistencia interna alpha de Cronbach de cada una de las escalas, y se consideraron válidos los valores de las correlaciones ítem-total iguales o mayores a .30. Posteriormente se realizaron análisis factoriales de componentes principales con rotación oblimín para verificar la validez de constructo. Se consideraron válidas las cargas factoriales iguales o mayores a .40 y se eliminaron los factores compuestos por menos de 3 reactivos.

RESULTADOS

En el análisis de consistencia interna de la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se eliminaron los reactivos 4, 8, 12 y 16, que corresponden al factor ánimo deprimido en la validación realizada por González-Forteza (16, 17) y Mariño (22) y se obtuvo un alpha de Cronbach global de .88 (cuadro 1). En el análisis factorial se obtuvieron 2 factores puros que explicaron el 45.9% de la varianza total en 8 iteraciones. El primero se formó con 8 reactivos y se refiere al ánimo deprimido, y el segundo con 7 reactivos referentes a los síntomas somáticos de la depresión. Los valores del alpha de Cronbach por cada factor fueron de .87 y .72 respectivamente.

La escala de ideación suicida conservó los cuatro ítems que componen la escala y obtuvo un alpha de Cronbach de .70. El análisis de componentes principales arrojó un sólo factor que explicó el 66.7% de la varianza total (cuadro 2).

A partir de los análisis de consistencia interna realizados para la escala de autoestima de Pope, McHale y Craighead (cuadro 3), se eliminaron los reactivos 3, 10 y 11, que corresponden a las escalas de "Percepción de conciencia negativa" y "Enojo" en la validación realizada por Caso (5), y se obtuvo un alpha de Cronbach global de .89. El análisis factorial arrojó 4 factores puros que explicaron 60.3% de la varianza total, en 15 iteraciones. Los valores alpha de Cronbach para cada factor fluctuaron entre .61 a .86. El primer factor agrupó 5 reactivos y se refiere a la percepción positiva del sujeto sobre sí mismo; el factor 2 agrupó 3 reactivos que se refieren a reacciones de enojo; el factor 3 se formó con 4 reactivos relacionados con la percepción del ambiente familiar, y el factor 4 agrupó 5 reactivos sobre la percepción negativa que el sujeto tiene de sí mismo.

La escala de características psicológicas obtuvo un alpha de Cronbach de .91 una vez eliminados 9 reactivos que obtuvieron correlaciones ítem-total menores a .30: seis sobre insatisfacción con la figura corporal y tres sobre miedo a madurar. El análisis factorial arrojó 4 factores en 16 iteraciones, que explicaron el 45% de la varianza total, con valores alpha de Cronbach entre .72 y .91 (cuadro 4). El factor 1, agrupó 15 reactivos elaborados para la presente investigación que hacen referencia a las actitudes y creencias que la persona tiene con respecto al peso y la figura corporales. El factor 2: *Miedo a madurar* se formó con 10 reactivos, 6 de ellos planteados por la autora para esta investigación y 4 que provienen de la escala con el mismo nombre del EDI (14); uno de ellos compartió su carga factorial con el factor 3. El factor 3: *Insatisfacción con la figura corporal* se formó con 5 preguntas, 3 que provie-

CUADRO 1
Análisis Factorial. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Item	Factor 1	Factor 2
Factor 1 "Animo deprimido"		
3 Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	.845	
6 Me sentí deprimida	.709	
9 Pensé que mi vida era un fracaso	.567	
10 Tenía miedo	.513	
14 Me sentía sola	.642	
17 Lloraba a ratos	.859	
18 Me sentía triste	.818	
20 No podía "seguir adelante"	.520	
Factor 2 "Somatización"		
2 No tenía hambre, no tenía apetito		.490
5 Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo		.623
7 Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo		.723
11 Dormí sin descansar		.677
13 Platiqué menos de lo normal		.435
15 Sentí que la gente era poco amigable		.601
19 Sentía que no les caía bien a otros		.422
Valores Eigen	6.0	1.2
Porcentaje de varianza total explicada	37.8	8.0
Confiabilidad alpha de Cronbach	.88	.72
Confiabilidad total .88		

nen del EDI (14) y dos elaboradas por la investigadora. El factor 4 quedó formado con dos preguntas únicamente, una de ellas cargó también en el factor 3 y era conceptualmente coherente con éste por lo que se decidió incluirla en el factor 3, mientras que la otra pregunta se eliminó de la escala. Los resultados de este análisis no incluyeron ninguna de las preguntas sobre

CUADRO 2
Análisis factorial. Ideación suicida

Factor 1		
		Varianza total explicada = 66.7%
		Valor Eigen = 2.8
		Alpha de Cronbach = .86
Item		Cargas factoriales
1 No podía seguir adelante		.791
2 Tenía pensamientos sobre la muerte		.877
3 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta		.877
4 Pensé en matarme		.848

perfeccionismo y en cambio las preguntas originalmente propuestas en un solo bloque relacionadas con la imagen corporal, se dividieron en dos subescalas (factores 1 y 3) conceptualmente más claras.

El análisis de consistencia interna para la escala "Relación con hombres" eliminó el reactivo 8 de la escala y arrojó un valor alpha de Cronbach de .80. El análisis factorial arrojó un solo factor que explicó 48.7% de la varianza total (cuadro 5). Asimismo la escala "Relación con hermanos" se distribuyó en un solo factor que explicó 61% de la varianza y obtuvo un valor alpha de Cronbach de .90 (cuadro 6).

El análisis de consistencia interna de la escala "Relación con papá" eliminó los reactivos "Se preocupa por su peso corporal", "Piensas que lo has defraudado" y "Crees que no se merece tener una hija enferma", y arrojó un alpha de Cronbach global de .94. El análisis factorial arrojó 5 factores en 39 iteraciones, con

CUADRO 3
Análisis Factorial. Autoestima

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1 "Percepción de sí mismo"				
1 Me gusta como soy	.833			
4 Estoy feliz de ser como soy	.827			
6 Estoy orgullosa de mí	.810			
7 Soy una buena amiga	.580			
8 Me gusta la forma como me veo	.790			
Factor 2 "Enojo"				
9 Hago enojar a mis padres		.653		
14 Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero		.682		
15 Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal		.794		
Factor 3 "Relaciones familiares"				
2 Me siento bien cuando estoy con mi familia			-.606	
5 Tengo una de las mejores familias de todo el mundo			-.673	
13 Soy muy mala para muchas cosas			.409	
17 Siento ganas de irme de mi casa			-.473	
Factor 4 "Percepción de competencia negativa"				
16 Me gustaría ser otra persona				-.567
18 Tengo una mala opinión de mí misma				-.592
19 Mi familia está decepcionada de mí				-.834
20 Me siento fracasada				-.748
21 Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente				-.724
Valores Eigen	6.628	1.785	1.320	1.133
Porcentaje de varianza total explicada	36.8	9.9	7.3	6.2
Confiabilidad	.86	.61	.69	.82
Confiabilidad total .8937				

CUADRO 4
Análisis factorial. Características psicológicas

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	
Factor 1 "Actitudes y creencias hacia la obesidad"					
2 Las mujeres delgadas son más femeninas	.517				
6 Me deprime sentirme gorda	.565				
7 Estar delgada es un logro muy importante para mi	.726				
8 Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	.483				
12 El peso corporal es importante para ser aceptada	.668				
14 El peso corporal es importante para sentirme bien	.679				
19 El peso corporal es importante para conseguir pareja	.650				
21 Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy	.550				
22 Estar gorda es sinónimo de imperfección	.485				
23 Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa	.691				
26 Cuando estás gorda los hombres no se te acercan	.557				
28 Las mujeres gordas son menos femeninas	.613				
32 El aspecto físico es importante para sentirme bien	.849				
36 El peso corporal es importante para conseguir ropa	.478				
42 Cuando estoy delgada me siento en control	.595				
Factor 2 "Miedo a madurar"					
1 Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia		.712			
4 Me gustaría ser invisible para no ser criticada por los otros		.408			
5 Las exigencias del adulto son demasiado grandes		.585			
11 Es preferible no tener cuerpo de mujer para que los hombres no te molesten		.554			
17 Tengo miedo de crecer porque dejaré de recibir cariño de parte de mis padres		.531			
24 Me agrada estar enferma porque así tengo la atención de los adultos		.685			
31 Pienso que las personas son más felices cuando son niñas		.563			
33 Me cuesta trabajo asumir responsabilidades		.437			
37 Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que las hace mejor		.579			
41 Me gustaría tener menos edad		.540			
Factor 3 "Insatisfacción con la figura corporal"					
3 Pienso que mis piernas son demasiado anchas			.749		
27 Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado			.706		
34 Pienso que mis caderas son demasiado anchas			.706		
38 Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo			.534		
18 Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado			.767		
Factor 4					
13 Pienso que mi estómago es demasiado grande				.773	
	Valores Eigen	9.166	2.378	2.075	1.348
	Porcentaje de varianza total explicada	27.7	7.2	6.2	4.0
	Confiabilidad	.91	.77	.72	-
	Confiabilidad total	.9132			

56% de la varianza total explicada. Los valores de consistencia interna alpha de Cronbach de los factores fluctuaron entre .63 y .94 (cuadro 7). El factor 1 agrupó 11 reactivos relacionados con la manifestación de afecto y comunicación con el padre. El factor 2 agrupó 8 preguntas relacionadas con las prácticas de control del padre hacia la hija. El factor 3, se formó con 3 reactivos relacionados con la preocupación del padre por mantener cubiertas las necesidades básicas de su hija. El factor 4 agrupó preguntas sobre hacer críticas o comparaciones del cuerpo de la hija, y el factor 5 se formó con 9 reactivos de los cuales 2 compartieron su carga factorial con el factor 2 y se refiere al maltrato emocional ejercido por parte del padre hacia la hija.

La escala "Relación con mamá" obtuvo un valor de consistencia interna alpha de Cronbach de .93 una vez eliminados los 10 reactivos que obtuvieron correlaciones ítem-total menores a .30. El análisis factorial arro-

jó 5 factores puros en 19 iteraciones, que explicaron 57.4% de la varianza total. Los valores de consistencia interna alpha de Cronbach fluctuaron entre .60 y .93 para cada uno de los factores (cuadro 8). Los factores "Maltrato emocional", "Afecto positivo" y "Crítica", hacen referencia a los mismos conceptos ya explicados para la escala de "Relación con papá", pero a diferencia de éstos, en la escala de relación con mamá se formó un factor que fue denominado "Valía" y que incluyó 4 reactivos elaborados para la presente investigación: dos de ellos hacen referencia a la percepción, por parte de la hija, de las exigencias de su madre con ella, y dos reactivos que se refieren a la percepción de la hija sobre la apreciación de la madre respecto a ella. El factor 4, "Decepción hija-madre", incluyó 4 preguntas relacionadas con la percepción de la hija con respecto a las expectativas que su madre tiene respecto a ella.

CUADRO 5
Análisis factorial. Relación con hombres

Factor 1		
		Varianza total explicada = 48.6%
		Valor Eigen = 3.4
		Alpha de Cronbach = .80
Item		Cargas factoriales
1	Me cuesta trabajo relacionarme con los hombres	.782
2	Siento timidez al relacionarme con los hombres	.811
3	Me da miedo relacionarme con los hombres	.804
4	Desconfío del amor de los hombres	.600
5	Mis relaciones con los hombres son buenas	.615
6	Me incomoda cuando los hombres se me acercan	.575
7	Se me facilita relacionarme con los hombres	.649

DISCUSIÓN

En términos generales, el instrumento propuesto mostró datos de validez y confiabilidad adecuados para la población estudiada. Sin embargo, dado que se trata de un instrumento nuevo es necesario obtener datos de su validez predictiva y concurrente, valores de sensibilidad y especificidad, determinar puntos de corte y analizar las posibles diferencias entre grupos diagnósticos en una muestra clínica, que permitan confirmar su utilidad en la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en México (34).

Una de las principales aportaciones del instrumento, es que fue construido tomando en consideración el origen multicausal de los trastornos de la conducta alimentaria (13, 29, 30), de tal forma que abarca diferentes aspectos relacionados con el desarrollo de los mismos, y proporciona una visión espectral de la forma en la que se presenta la problemática ya sea en un individuo o en una comunidad. De esta manera el instrumento puede ser una herramienta útil para llevar a cabo tareas de prevención primaria en tanto que hace evidentes algunas de las áreas asociadas con la problemática, identifica casos en riesgo y determina el tratamiento más adecuado en función de la severidad del problema.

En relación con los resultados obtenidos para cada una de las escalas estudiadas, se encontró que la escala de sintomatología depresiva mostró una distribución de los reactivos diferente a lo documentado por González-Forteza (16) y Mariño y cols. (22). Con respecto a esta escala se ha encontrado en numerosas investigaciones que la agrupación de los reactivos con frecuencia varía en relación con la muestra utilizada; al parecer, estas diferencias se deben a la interpretación que en las diferentes culturas se hace de los síntomas

CUADRO 6
Análisis factorial. Escala de relación con hermanos

Factor 1		
		Varianza total explicada = 61.1%
		Valor Eigen = 4.8
		Alpha de Cronbach = .90
Item		Cargas factoriales
1	Mis hermanos(as) me apoyan	.855
2	Mis hermanos(as) y yo llevamos buena relación	.848
3	Mis hermanos(as) critican mi cuerpo	.735
4	Mis hermanos(as) critican mi forma de ser	.798
5	Mis hermanos(as) son cariñosos conmigo	.838
6	Mis hermanos(as) se preocupan por mi	.820
7	Mis hermanos(as) me ignoran	.752
8	Mis hermanos(as) tienen problemas con su forma de comer, hacen dietas con frecuencia, comen en exceso	.570

depresivos. La resolución en cuatro factores, común en muestras de adolescentes y adultos caucásicos, no se ha encontrado en muestras de asiáticos-norteamericanos (20), de mexicanos-norteamericanos (9) o de nativos-norteamericanos (28), en quienes prevalece una estructura de tres factores, además de que no se distinguen los síntomas correspondientes con el afecto deprimido y los síntomas somáticos. La resolución en dos factores como en el caso del presente estudio, también se halló en una muestra de adultos filipinos-norteamericanos (10); sin embargo, a diferencia de los resultados obtenidos en dicho estudio, aquí se distinguen claramente los síntomas del afecto deprimido y los síntomas somáticos, ambos factores con valores de consistencia interna adecuados.

La escala de ideación suicida obtuvo valores adecuados de consistencia interna y en concordancia con estudios previos en población mexicana (16, 17) se obtuvo un solo factor que explicó un elevado porcentaje de varianza (66.7%).

Los análisis realizados con la escala de autoestima, mostraron la misma división en cuatro factores que la versión validada por Caso (5), aunque con variaciones en el agrupamiento de los reactivos. Los factores 1 y 4 fueron los que obtuvieron características psicométricas más adecuadas.

El análisis factorial de la escala de características psicológicas incluyó dos de las tres dimensiones originalmente planteadas; estas son el miedo a madurar y la insatisfacción con la figura corporal, ya que las preguntas sobre perfeccionismo fueron eliminadas en el análisis. Los estudios sobre el perfeccionismo como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria han encontrado resultados contradictorios, ya que en algunos aparece como factor predictor, y en otros no se ha encontrado dicha rela-

CUADRO 7
Análisis factorial. Escala relación con papá

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	
Factor 1 "Afecto positivo"						
1 Te demuestra afecto o cariño	.863					
2 Realiza alguna actividad agradable contigo	.833					
3 Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)	.875					
4 Habla contigo sobre tus problemas	.833					
5 Se muestra interesado en ayudarte	.845					
6 Muestra que se preocupa por ti	.752					
8 Es justo contigo	.619					
9 Te expresa el amor que siente por ti	.886					
10 Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	.862					
18 Crees que le correspondes como se merece	.548					
27 Eres importante para él	.519					
Factor 2 "Control"						
11 Te vigila en exceso		.736				
12 Desconfía de ti		.691				
13 Te exige demasiado		.619				
14 Es difícil complacerlo		.605				
22 Tienes miedo de que se enoje contigo		.450				
26 Controla o critica tu forma de vestir		.658				
35 Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas		.647				
36 Te exige que te quedes en casa		.724				
Factor 3 "Apoyo"						
41 Se preocupa porque haya lo necesario en la casa (alimento, enseres, etc.)			.569			
42 Se preocupa porque tengas cubiertas tus necesidades básicas (casa, vestido, alimento, educación, salud, transporte, diversión, vacaciones, etc.)			.566			
43 Se preocupa porque haya límites bien definidos, por ejemplo el horario de comida, horario para dormir, para salir, etc.			.409			
Factor 4 "Crítica"						
15 Se deprime				.544		
19 Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos				.518		
21 Te comparas físicamente con él				.749		
24 Controla tu forma de comer				.417		
25 Esperaba que tu fueras más femenina				.543		
Factor 5 "Maltrato emocional"						
20 Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)					.415	
28 Consideras que le causas muchos problemas					.460	
32 Te consideras mala hija					.463	
33 Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él					.485	
34 Te exige obediencia a sus antojos o caprichos					.455	
37 Ha amenazado a alguien que estimas o quieres					.504	
38 Te ha tratado como si fueras una sirvienta					.664	
39 Le ha importado poco si estás enferma					.507	
40 Se molesta si te portas cariñosa con él					.516	
	Valores Eigen	13.2	4.2	1.6	1.5	1.3
	Porcentaje de varianza total explicada	33.2	10.7	4.1	3.8	3.4
	Confiabilidad	.94	.87	.63	.67	.79
	Confiabilidad total	.94				

ción o incluso se ha encontrado una correlación negativa (5). Es posible sin embargo, que cuando el perfeccionismo interacciona con otras variables, actúe como factor de riesgo (32). En un estudio previo realizado con muestras de estudiantes mexicanas de nivel bachillerato y licenciatura (3), se encontró una correlación significativa pero débil entre el perfeccionismo y la conducta alimentaria, ambos medidos con el EDI (14). En la presente investigación, la forma de medición de este constructo no mostró la fuerza necesaria para permanecer en la escala; mientras que las otras dos subescalas propuestas (miedo a madurar e insatisfacción con la figura corporal), mostraron coherencia

conceptual y valores de consistencia interna de moderada a alta (.77 y .72 respectivamente). La sección sobre insatisfacción con la figura corporal se subdividió en dos partes, una relacionada con la influencia del modelo estético corporal actualmente predominante, que se manifiesta a través de creencias y actitudes hacia la obesidad, y la otra relacionada con la discrepancia entre una figura real e ideal, que genera insatisfacción con la totalidad del cuerpo o con partes del mismo. Estos dos aspectos han sido considerados como variables moderadoras para el desarrollo de trastornos alimentarios en personas cuyo autoconcepto se basa de manera importante en la forma y el peso corporal (33).

CUADRO 8
Análisis factorial. Relación con mamá

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	
Factor 1 "Maltrato emocional"						
12 Desconfía de ti	.439					
34 Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	.470					
35 Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas	.673					
36 Te exige que te quedes en casa	.703					
37 Ha amenazado a alguien que estimas o quieres	.837					
38 Te ha tratado como si fueras una sirvienta	.732					
39 Le ha importado poco si estas enferma	.634					
40 Se molesta si te portas cariñosa con ella	.719					
Factor 2 "Afecto positivo"						
1 Te demuestra afecto o cariño		-.787				
2 Realiza alguna actividad agradable contigo		-.736				
3 Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)		-.868				
4 Habla contigo sobre tus problemas		-.832				
5 Se muestra interesada en ayudarte		-.841				
6 Muestra que se preocupa por ti		-.767				
7 Trata de darte lo que necesitas		-.742				
8 Es justa contigo		-.622				
9 Te expresa el amor que siente por ti		-.775				
10 Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces		-.734				
Factor 3 "Valía"						
13 Te exige demasiado			-.443			
14 Es difícil complacerla			-.401			
27 Eres importante para ella			.523			
42 Se preocupa porque tengas cubiertas tus necesidades básicas (casa, vestido, alimento, educación, salud, transporte, diversión, vacaciones, etc.)			.507			
Factor 4 "Decepción hija-madre"						
28 Consideras que le causas muchos problemas				.796		
29 Piensas que la has defraudado				.698		
31 Te sientes merecedora de su afecto				.500		
32 Te consideras mala hija				.750		
Factor 5 "Crítica"						
19 Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)					-.829	
20 Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)					-.776	
23 Te ha hecho sentir menos					-.405	
25 Esperaba que tu fueras más femenina					-.614	
26 Controla o critica tu forma de vestir					-.536	
	Valores Eigen	11.07	3.68	1.92	1.58	1.25
	Porcentaje de varianza total explicada	32.5	10.8	5.6	4.6	3.6
	Confiabilidad	.85	.93	.60	.71	.76
	Confiabilidad total .93					

El análisis de las escalas “relación con hermanos” y “relación con hombres”, ambas propuestas originales de la presente investigación, mostró valores de consistencia interna elevados ($\alpha = .90$ y $.80$ respectivamente). Ambas escalas arrojaron un solo factor con una varianza total explicada de 61% y 48.6% respectivamente, que incluyó tanto los reactivos positivos como los negativos.

Las escalas de relación con papá/mamá mostraron en términos generales una adecuada coherencia conceptual y valores psicométricos. Tanto en la escala de relación con papá como en la de relación con mamá, el factor que obtuvo el valor de consistencia interna más elevado fue *Afecto positivo*, en el cual a diferencia de los resultados obtenidos por González-Forteza (16, 17), los factores *comunicación* y *afecto* de esta escala, se agruparon en un solo factor que se refiere a los aspectos positivos de la relación con los progenitores en

cuanto a la manifestación de afecto e interés por las actividades de la hija.

REFERENCIAS

1. ALVAREZ GL: Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México, 1999.
2. ALVAREZ D, MANCILLA JM, ALVAREZ GL, LOPEZ X: Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Revista Psicología Contemporánea*, 7:26-35, 2000.
3. ALVAREZ D, FRANCO K: Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM campus-Iztacala, México, 2001.
4. BROWN C, JASPER K: Why weight? Why women? Why now? En: *Consuming Passions. Feminist Approaches to Weight Preoccupation and Eating Disorders*. Brown C, Jasper K (eds.). Second Story Press, 16-35, Toronto, 1993.
5. CALAM R, WALLER G: Are eating and psychosocial

- characteristics in early years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? *Int J Eating Disord*, 24:351-362, 1998.
6. CASO J: Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, 1999.
 7. CERVANTES MC: Violencia contra la mujer en la relación de pareja: prevalencia y dimensiones de abuso emocional. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1999.
 8. CLIMENT CE, ARAGON LV, PLUTCHICK R: Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Bol Saint Panam*, 107:568-576, 1989.
 9. DICK RW, BEALS J, KAINÉ EM, MANSON SM: Factorial structure of the CES-D among American Indian adolescents. *J Adolesc*, 17:73-79, 1994.
 10. EDMAN JL, DANKO GP, ANDRADE N, MCARDLE JJ, FOSTER J, GLIPA J: Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34 :211-15, 1999.
 11. GARFINKEL PE, GARNER DM: Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Brunner/Mazel, Nueva York, 1982.
 12. GARNER D, GARFINKEL P: The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9:273-279, 1979.
 13. GARNER D, GARFINKEL P: Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 10:647-656, 1980.
 14. GARNER D, OLMSTED M, POLIVY J: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eating Disord*, 2:15-34, 1983.
 15. GARNER DM, ROCKERT W, OLMSTED MP, JOHNSON C, COSCINA DV: Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. En: Garner DM, Garfinkel PE (eds.). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, 513-572, Guilford Press, Nueva York, 1985.
 16. GONZALEZ-FORTEZA C: Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Social, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1992.
 17. GONZALEZ-FORTEZA C: Factores protectores y de riesgo de depresión e intento de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1996.
 18. GORDON RA: *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Basil Blackwell, Cambridge, 1990.
 19. HUON GF: Health promotion and the prevention of dieting-induced disorders. *Eating Disord*, 4:27-32, 1996.
 20. KUO WH: Prevalence of depression among Asian Americans. *J Nerv Ment Disord*, 172: 449-457, 1984.
 21. LEON GR, KEEL PK, KELLY AB, KLUMP MA, FULKERSON MA: The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bull*, 33: 405-411, 1997.
 22. MARIÑO MC, MEDINA-MORA ME, CHAPARRO JJ, GONZALEZ C: Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Rev Mex Psicología*, 10:141-145, 1993.
 23. MARSHALL L: Development of the severity of violence against women scales. *J Family Violence*, 7:103-121, 1992.
 24. POPE AW, MCHALE SM, CRAIGHEAD WE: Self-esteem enhancement with children and adolescents. Pergamon Press, Nueva York, 1988.
 25. RADLOFF L: The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1:385-401, 1977.
 26. RAMIREZ JC, PATIÑO MC: Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer; un estudio piloto. *Salud Mental*, 20:5-16, 1997.
 27. ROBERTS E: The reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Res*, 2:125-134, 1980.
 28. ROBERTS E, SOBHAN M: Symptoms of depression in adolescents: a comparison of Anglo, African, and Hispanic Americans. *J Youth Adolesc*, 21:639-650, 1992.
 29. RUSSELL GFM: The diagnostic status and clinical assessment of bulimia nervosa. En: *Bulimia Nervosa: Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Fichter MM (ed). John Wiley & Sons, Chichester, 1990.
 30. SCHLUNDT D, JOHNSON WG: *Eating Disorders: Assessment and Treatment*. Allyn and Bacon, Needham Heights, 1990.
 31. SHILTZ T: Eating concerns support group curriculum grades 7-12. Community Recovery Press, Greenfield, 1997.
 32. STICE E: Risk factors for eating disorders: recent advances and future directions. En: *Innovative directions research and practice*. Striegel-Moore RH, Smolak L (eds.). American Psychological Association, 51-73, Washington, 2001.
 33. STRIEGEL-MOORE R, SILBERSTEIN LR, RODIN J: Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol*, 41:246-263, 1986.
 34. UNIKEL C: Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis para obtener el grado de doctora en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología, UNAM. México, 2003.