

Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas

Cecilia Meza Peña
José Moral de la Rubia

Resumen

Este estudio tuvo por objetivos validar la estructura de 11 factores del Cuestionario OQ, determinar sus factores de segundo orden y la pertinencia de un puntaje total, verificar su consistencia interna, describir su distribución y contrastar diferencias de medias entre mujeres con normopeso y sobrepeso-obesidad. Se capturó una muestra de 217 mujeres, 50% con normopeso y 50% con sobrepeso/obesidad. Se aconseja reducir la escala a 64 ítems y 9 factores correlacionados con ajuste bueno en algunos índices

Abstract

The goals of this study were to validate the structure of 11 factors of the Overeating Questionnaire, to determine its second-order factors and the relevance of a total score, to check its internal consistency, to describe its distribution, and to compare mean differences between women with normal weight and overweight/obesity. Information from a sample of 217 women was collected, 50% had normal weight and 50% overweight/obesity. We suggest reducing the questionnaire to 64 items and nine factors

CECILIA MEZA PEÑA. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología [cecilia.meza@gmail.com]

JOSÉ MORAL DE LA RUBIA. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología [jose_moral@hotmail.com]

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre 2012, pp. 73-96.

Fecha de recepción: 1 de abril de 2011 | Fecha de aceptación: 2 de agosto de 2011.

y consistencia interna de .65 a .87. Se propone un índice de riesgo con distribución normal.

PALABRAS CLAVE

Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, insatisfacción corporal.

correlated with a good fit in some indexes and internal consistency of .65 to .87. We propose a risk index with normal distribution.

KEYWORDS

overweight, obesity, eating habits, overeating, and body dissatisfaction.

Introducción

El sobrepeso en adultos suele definirse como un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 con base en la fórmula de Quetelet (peso en kilos/altura en metros al cuadrado), y la obesidad como un IMC mayor a 30 (*World Health Organization*, 1995). La obesidad es un problema de salud en los países desarrollados y en vías de desarrollo que contribuye a la génesis de enfermedades crónicas. En las estadísticas de la Secretaría de Salud (2007), la obesidad aparece como la tercera causa de muerte en población adulta mexicana, aunque su vía de acción usualmente es a través de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, osteoartritis, enfermedades coronarias, cáncer y apnea del sueño. En su etiología y distribución epidemiológica intervienen factores genéticos (genes de la leptina, pro-opiomelanocortina, proteína agouti, adenosina deaminasa y factor de transcripción C/EBPs), ambientales (entornos que dificultan la actividad física y facilitan dietas hipercalóricas y desequilibradas en nutrientes), culturales (prácticas sociales y representaciones de la comida, el comer y la actividad física), de personalidad (tendencia a afrontar el malestar emocional con la autoindulgencia en el placer de comer, especialmente el malestar relacionado con sentimientos de soledad y abandono o un yo débil con escasa competencia de autocontrol y regulación emocional) y conductuales (sedentarismo, largos ayunos con comidas excesivamente copiosas y desequilibradas en nutrientes) (Gil, 2002; *National Institutes of Health*, 1998; Van der Merwe, 2007).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández y Sepúlveda, 2007) establecen que la obesidad y el sobrepeso están presentes en 70% de la población mexicana adulta de ambos sexos, siendo mayor el porcentaje de mujeres (72%) que de hombres (67%).

Se ha analizado la pertinencia de incluir la obesidad como categoría diagnóstica dentro de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM-V) con base en argumentos que sostienen la presencia de mecanismos en el nivel cerebral, los cuales influyen en la adicción a la comida (Volkow y O'Brien, 2007). No obstante, dentro de la psicología de la salud, la obesidad no es contemplada como una entidad psicopatológica *per se*; aunque se asocia con presencia de psicopatología, como sintomatología de personalidad limítrofe, falta de mecanismos de autorregulación, así como alteraciones en la percepción de la imagen corporal (Sansone, Wiederman y Monteith, 2001); síntomas depresivos en relación con el tamaño del cuerpo (Lim, Thomas, Bardwell y Dimsdale, 2008); así como bajo control de impulsos y en particular hacia la comida (Rand y Stunkard, 1978).

Bruch (1973) propone dividir a los pacientes obesos por grupos en función de su adaptación psicológica, formulando la presencia de tres grupos. Uno, de personas competentes que son pesadas, en quienes su exceso de masa corporal no se relaciona con un funcionamiento psicológico anormal. Los siguientes dos grupos de obesos se relacionan con problemas psicológicos. El segundo se caracteriza por presentar *obesidad del desarrollo*, donde su obesidad se ha presentado junto al desarrollo del individuo y aunado a ello muchos aspectos de la personalidad presentan problemas. El tercer grupo sería representado por una *obesidad reactiva*, lo que significa que ésta ha aparecido como reacción a un evento traumático y en donde se presentan muchas dificultades para bajar de peso.

Existe un amplio interés en el estudio de la obesidad. O'Donnell y Warren (2007) crearon un cuestionario para medir 11 factores asociados con el sobrepeso y la obesidad; distinguieron, por una parte, hábitos generales y funcionamiento psicosocial (hábitos de salud, imagen corporal, aisla-

miento social y alteración afectiva) y, por otra, hábitos y actitudes relacionados con el comer y mantener un peso sano (sobreingesta, subingesta, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con el comer, racionalizaciones para comer en exceso y motivaciones para bajar de peso). La escala resulta consistente, estable y diferencia bien a personas con normopeso de aquéllas con sobrepeso y obesidad.

Los objetivos de esta investigación son validar la estructura de 11 factores del Cuestionario oq, determinar sus factores de segundo orden y la pertinencia de un puntaje total, verificar la consistencia interna alta de la escala y sus factores, describir su distribución, contrastar diferencias de medias entre los grupos de normopeso y sobrepeso-obesidad en una muestra de mujeres de Monterrey, Nuevo León, México. El cuestionario oq no se halla validado en México y puede ser de gran utilidad en la investigación, considerando que posee buenas propiedades psicométricas en población estadounidense y está adscrito a una corriente de la psicología de la salud, donde se contemplan hábitos, emociones y aspectos cognitivo de valoración y control (Taylor, 2007). Asimismo, nunca se han estudiado los factores de segundo orden ni se ha contrastado su estructura dimensional por análisis factorial confirmatorio.

Método

PARTICIPANTES

Se emplea un muestreo no probabilístico por cuotas de grupos de IMC: 50% sobrepeso y obesidad y 50% normopeso. El total de participantes es de 217. Todas son mujeres que residen en Monterrey, México. Las edades oscilan entre los 20 y 40 años, con una media de 26 años y una desviación estándar de 6.8 años. 1.5% de las participantes tiene estudios de primaria, 5.5% de secundaria, 44% de media superior y 49% universitarios. 69% de la muestra dice pertenecer a clase media, 18% a media alta, 11% a media baja, 1% a baja y otro 1% a alta. 71 % de las mujeres reporta ser soltera, 26% casada, 2% divorciada o separada y 1% vivir en unión libre.

74% de las encuestadas no tiene hijos, y en las mujeres que sí reportan tener hijos, el valor modal es de 2.

INSTRUMENTOS

El *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria* (O'Donnell y Warren, 2007), se compone de 80 ítems tipo Likert, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 para nada a 4 muchísimo) (véase anexo). Lo integran 11 escalas definidas a partir de análisis factorial exploratorio: Defensividad (DE) (12, 17, 31, 43, 48, 62 y 76), Sobreingesta (SO) (1, 3, 4, 8, 13, 53, 69 y 78), Subingesta (SU) (5, 25, 40, 41, 44, 47, 63 y 77), Antojos alimentarios (AN) (9, 28, 36, 56, 60 y 73), Racionalizaciones (RA) (2, 30, 32, 55, 57, 58, 65 y 74), Motivación para bajar de peso (MO) (18, 21, 26, 34, 38, 54, 66 y 80), Hábitos de salud (SA) (6, 11, 35, 39, 50, 61 y 72), Imagen corporal (CO) (7, 23, 33, 59, 70 y 75), Aislamiento social (AI) (14, 24, 46, 49, 52, 64, 68 y 71), Alteración afectiva (AF) (10, 20, 27, 29, 42, 45 y 67) y Expectativas relacionadas con el comer (EX) (15, 16, 19, 22, 37, 51 y 79). Los valores de consistencia interna de sus 11 factores varían de .79 a .88, con un valor mediano de .82, en una muestra de 1 788 participantes estadounidenses de ambos sexos (O'Donnell y Warren, 2007).

PROCEDIMIENTO

Para la recolección de los datos se implementaron dos estrategias: 1) evaluación en una clínica de salud privada para control de peso ($n = 60$), y 2) invitación a la Facultad de Psicología de la UANL a través de los alumnos de licenciatura, en cuyas instalaciones se realizaron las mediciones antropométricas y la aplicación del cuestionario ($n = 157$). Al reclutar a los participantes, se llevó registro de los grupos de peso con el fin de alcanzar las cuotas predefinidas (50% normopeso *versus* 25% de sobrepeso + 25% de obesidad).

En el presente estudio se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas por la Asociación Americana de Psicología (APA) sobre los aspectos

éticos para la investigación con seres humanos (APA, 2002). En virtud de ello, se dio a los participantes la información referente a los propósitos del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información aportada y se solicitó su consentimiento firmado.

Cada caso se empezó con el registro de los datos sociodemográficos y antropométricos, asentados por el encuestador. Para la medición de talla y peso se empleó una báscula clínica con estadímetro, la cual permite medir estatura hasta 1.95 metros, así como hacer lectura directa de peso en 2 varas, una de 140 kg y otra de 20 kg. Se proseguía con la administración individual del cuestionario de autoinforme. La muestra fue levantada de enero a septiembre de 2010.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La consistencia interna se estima mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la estructura dimensional se determina por análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). Para el AFE, se emplea análisis de Componentes Principales con una rotación Oblimin. Con las puntuaciones de los factores calculadas por suma simple de ítems, se realiza un análisis factorial exploratorio de segundo orden. Para el AFC, se usa el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Se manejan siete índices de ajuste: función de discrepancia [*FD*], prueba ji-cuadrado [χ^2], cociente entre ji-cuadrado y sus grados de libertad [χ^2/gl], parámetro de no centralidad poblacional [*PNCP*], residuo cuadrático medio de aproximación [*RMSEA*] de Steiger-Lind, índice de bondad de ajuste [*GFI*] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [*AGFI*]. Se estipulan como valores de buen ajuste: *p* de $\chi^2 > .05$, *FD* y $\chi^2/gl < 2$, *PNCP* < 1 , *RMSEA* $< .05$, *GFI* $> .95$ y *AGFI* $> .90$; y adecuados: *p* de $\chi^2 > .01$, *FD* y $\chi^2/gl < 3$, *PNCP* < 2 , *RMSEA* $< .08$, *GFI* $> .85$ y *AGFI* $> .80$ (Moral, 2006). Se contrasta el ajuste de la distribución a una curva normal por la prueba de Kolmogorov-Smirnov y las diferencias de medias por la prueba *t* de Student.

Resultados

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Por el criterio de autovalores iniciales mayores a 1, se definen 22 componentes que explican 69.87% de la varianza total de los 80 ítems. Con base en la expectativa, se fuerza la solución a once componentes que explican 53.27% de la varianza total. Tras rotar la matriz de componentes por el método Oblimín, se definen los siguientes:

El primero está integrado por nueve ítems, de los cuales siete corresponden al factor de alteración afectiva (AF) (27, 29, 45, 42, 10, 67 y 20). Todos ellos tienen cargas mayores a .50, excepto el último con una carga de .35. También tienen su saturación más alta un ítem de aislamiento social (49) y un ítem de racionalizaciones (30), los cuales son congruentes con el contenido dominante de alteración afectiva de carácter ansioso-depresivo. La consistencia interna de los nueve ítems es alta ($\alpha = .83$); si ésta se estima sólo con los siete ítems de alteración afectiva, es alta ($\alpha = .80$) y mejora si se elimina el ítem 20 ($\alpha = .83$) y sube hasta .85 si se añade el ítem 49 de aislamiento social. Así, el factor de alteración afectiva podría definirse con siete ítems, seis de los originales (10, 27, 29, 42, 45 y 67) y el ítem 49.

El segundo está integrado por ocho ítems, de los cuales siete corresponden al factor de hábitos de salud (SA) (11, 39, 50, 6, 35, 72 y 61). Todos ellos tienen cargas mayores a .40. También el ítem 25 tiene su carga más alta, que es de .50, siendo congruente con el contenido dominante del componente. La consistencia interna de los ocho ítems es alta ($\alpha = .79$) y mejora ligeramente si se elimina el ítem no esperado (25) ($\alpha = .80$). Así se podría reducir a los siete ítems originales del factor de hábitos de salud (6, 11, 35, 39, 50, 61 y 72).

El tercero está integrado por los seis ítems del factor de antojos alimentarios (AN): (36, 60, 73, 28, 9 y 56). Todos tienen cargas mayores a .50. La consistencia interna de los seis ítems es alta ($\alpha = .81$).

El cuarto está integrado por ocho ítems, siete corresponden al factor de

aislamiento social (AI) (68, 64, 52, 71, 14, 46 y 24), además el ítem 47 que corresponde al factor esperado de subingesta. La consistencia interna de los 8 ítems es alta ($\alpha = .74$) y mejora si se elimina el ítem no congruente ($\alpha = .77$).

El quinto está formado por seis de los siete ítems del factor de defensividad (DE) (48, 17, 31, 12, 43 y 62); su consistencia interna es alta ($\alpha = .78$).

El sexto está formado por cuatro de los ocho ítems del factor de subingesta (SU) (5, 40, 41, y 77); su consistencia interna es adecuada ($\alpha = .64$). Si se elimina el ítem 77 mejora ligeramente ($\alpha = .65$).

El séptimo está formado por diez ítems de los cuales ocho corresponden al factor de motivación para bajar de peso (MO) (80, 34, 66, 54, 26, 21, 18 y 38). También los ítems 44 y 63 tienen su saturación más alta, los cuales corresponden al factor de subingesta y son congruentes con el contenido dominante. La consistencia interna de los diez ítems es alta ($\alpha = .88$) y no mejora al eliminar ninguno de ellos. Si se reduce a los ocho ítems originales de motivación para bajar de peso la consistencia interna es de .87.

El octavo está formado por ocho ítems, de los cuales seis corresponden al factor de imagen corporal (CO): (59, 70, 75, 33, 23 y 7). Los ítems 76 y 32 presentan sus saturaciones más altas en este componente y refieren a aspectos motivacionales. La consistencia interna de los ocho ítems es alta ($\alpha = .76$); siendo mejor la de los seis ítems de imagen corporal ($\alpha = .87$). Así, el factor de imagen corporal podría reducirse a seis ítems (7, 23, 33, 59, 70 y 75).

El noveno está integrado por once ítems. Aparecen los ocho ítems correspondientes al factor de sobreingesta alimentaria (SO) (13, 69, 53, 78, 4, 1, 3 y 8). Aparte tres ítems del factor de expectativas con el comer (EX) (19, 16 y 15) tienen su saturación más alta y mayor a .50. Los tres ítems de expectativas refieren a una sobreingesta motivada por alteración emocional, siendo congruente con los anteriores. Los 11 ítems tienen una consistencia interna alta ($\alpha = .86$) y definen un factor de comer excesivo.

El décimo está integrado por 4 ítems que corresponden al factor de expectativas relacionadas con el comer (51, 79, 22 y 37), los cuales refieren a sentimientos positivos durante y después de la comida. La consistencia interna de estos 4 ítems es alta ($\alpha = .75$). En su contenido, difieren de los

tres ítems de sobreingesta que forman parte del noveno componente, por lo tanto lo denominamos sentimientos positivos al comer (POSI).

El undécimo está integrado por seis ítems de los cuales cinco corresponden al factor de racionalizaciones (RA) (65, 55, 58, 57 y 2). También tiene su carga factorial más alta el ítem 8 del factor de sobreingesta. La consistencia interna de los seis ítems es baja ($\alpha = .54$). No mejora al eliminar ninguno de los ítems.

Se vuelven a extraer los componentes eliminando los diez ítems que no encajaron bien en la solución de los once factores esperados (20, 25, 30, 32, 44, 47, 63, 74, 76 y 77). Al factor de subingesta se añade el ítem 61 de hábitos de salud con una carga de $-.47$; no obstante, su inclusión hace descender la consistencia interna del factor de $.65$ a $.61$. Hábitos de salud pierde el ítem 61 (carga de $.34$); al no incluirse este ítem la consistencia interna baja de $.80$ a $.78$. El factor de racionalización pierde el ítem 58 y queda reducido a cinco ítems (2, 8, 55, 57 y 65) con una consistencia baja ($\alpha = .50$). Los restantes 8 factores se reproducen de forma exacta a la solución anterior.

Si se eliminan los ítems 61 de hábitos de salud y 58 de racionalizaciones, se obtienen los factores esperados. El de racionalización queda reducido a tres ítems, dos de ellos (3 y 55) con cargas menores a $.40$ y altas en otros factores, los cuales tienen consistencia interna baja. Así se considera mejor desestimar los ítems de racionalizaciones (2, 55, 57 y 65) y forzar la solución a diez factores.

Con los 64 ítems restantes, se reproducen los diez componentes esperados desde los resultados previos con cargas factoriales mayores a $.40$ y todos con valores de consistencia interna altos (de $.75$ a $.87$), salvo el de subingesta con una consistencia adecuada ($\alpha = .65$). La varianza total explicada es 56.98% (véase tabla 1).

AFC DEL MODELO DE 10 FACTORES CORRELACIONADOS

Se contrasta el modelo de diez factores correlacionados con 64 ítems: alteración afectiva (10, 27, 29, 42, 45, 49 y 67) ($\alpha = .85$), antojos alimentarios (9, 28, 36, 56, 60 y 73) ($\alpha = .81$), motivación para bajar de peso (18, 21, 26,

Tabla 1. Matriz de patrones de OQ con 64 ítems y 10 factores

<i>Ítems</i>	<i>Componentes</i>									
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
AF_27	.72	-.02	.09	.01	.06	.00	-.04	-.07	.01	-.01
AI_49	.71	-.09	-.04	.08	-.17	-.08	.05	-.06	.05	.05
AF_45	.70	.07	.09	-.05	-.01	-.10	-.04	-.01	-.02	-.06
AF_29	.69	-.10	-.09	.07	-.09	-.03	-.10	-.07	.17	-.02
AF_42	.64	.03	-.01	.00	.12	-.04	-.06	-.03	.05	-.08
AF_10	.62	.19	-.07	.10	-.05	-.12	.12	.05	-.02	-.13
AF_67	.55	-.02	.05	.26	-.02	-.09	.10	.03	.11	.00
AN_36	-.04	.75	.06	-.03	-.15	.15	-.10	-.13	.02	-.07
AN_60	.06	.72	-.06	.09	.09	.02	-.03	-.09	-.02	-.04
AN_73	-.15	.71	-.06	.03	.01	-.21	-.03	-.20	.05	-.11
AN_28	.14	.60	.00	-.09	-.15	-.08	.09	-.06	.22	.15
AN_9	.09	.48	.25	.00	.13	-.15	.30	.21	.03	.23
AN_56	.13	.47	.17	-.04	-.12	-.04	.11	-.05	.26	.07
MO_80	-.03	.01	.81	-.01	.07	-.04	-.15	.05	.12	-.02
MO_34	-.00	.21	.73	-.08	.05	-.05	-.05	-.07	-.21	.06
MO_66	.06	-.02	.70	.06	.08	.02	-.04	.12	.19	-.14
MO_26	-.03	.02	.70	.02	-.07	-.13	-.13	-.03	-.12	.04
MO_54	.11	.00	.69	.00	.03	-.04	.06	.14	.11	-.24
MO_18	.15	-.07	.55	-.07	.08	.06	.15	.05	.20	-.24
MO_21	-.05	-.18	.53	.07	-.01	.08	-.31	-.03	.14	-.17
MO_38	.08	-.08	.47	.10	.14	-.05	.05	-.25	.17	-.08
AI_68	.10	.01	.01	.78	-.10	.00	-.02	.14	-.03	.13
AI_71	.01	.12	.07	.73	-.11	.04	.05	.11	-.04	.16
AI_64	-.04	-.03	-.08	.68	.22	-.14	.06	.04	.06	-.14
AI_52	-.02	.00	.05	.66	-.07	-.00	.01	-.13	-.02	-.03
AI_46	.09	-.15	.01	.58	-.08	-.04	-.14	-.15	-.01	.11
AI_14	-.01	-.12	-.05	.53	.02	.03	.07	-.15	.10	-.24
AI_24	.14	.22	-.03	.50	-.07	.08	-.02	.02	-.15	.02
DE_48	.16	-.11	-.04	-.15	.66	-.07	-.09	-.21	-.07	-.10
DE_17	-.12	.03	-.02	-.07	.66	.10	-.01	.23	.09	.07
DE_31	-.18	-.05	.20	-.16	.62	.04	.11	-.17	-.02	.18
DE_12	-.15	-.03	.22	-.15	.58	.07	.13	-.10	.08	.14

Ítems	Componentes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DE_62	.05	-.02	.08	.04	.57	-.03	.01	.09	-.21	.20
DE_43	-.03	.01	-.06	.04	.56	-.03	-.29	-.07	-.03	.12
SU_40	.25	-.01	-.06	-.02	.04	-.65	.04	.03	-.09	-.00
SU_5	.31	.06	.06	.04	.10	-.64	.08	.05	.02	-.07
SU_41	.01	.15	.32	.08	-.12	-.55	-.17	.06	-.01	.03
SA_11	-.02	.06	-.00	.08	.07	.11	-.74	.12	.04	.04
SA_6	.15	-.04	.13	.04	.02	.10	-.67	.17	-.07	.11
SA_39	-.13	-.06	.19	-.05	-.07	-.31	-.64	-.04	.09	.07

34, 38, 54, 66 y 80) ($\alpha = .87$), aislamiento social (14, 24, 46, 52, 64, 68 y 71) ($\alpha = .77$), defensividad (12, 17, 31, 43, 48 y 62) ($\alpha = .78$), subingesta (5, 40 y 41) ($\alpha = .65$), hábitos de salud (6, 11, 35, 39, 50 y 72) ($\alpha = .78$), sentimientos positivos al comer (22, 37, 51 y 79) ($\alpha = .75$), comer excesivo (1, 3, 4, 8, 13, 15, 16, 19, 53, 69 y 78) ($\alpha = .86$) e imagen corporal (7, 23, 33, 59, 70 y 75) ($\alpha = .87$). De los siete índices de ajuste contemplados, tres son buenos ($\chi^2/gl = 1.11$, $RMSEA = .02$ y $PNCP = 0.96$) y cuatro son malos ($\chi^2(1907) = 2113.64$, $p < .01$, $FD = 9.78$, $GFI = .69$ y $AGFI = .67$). Todos los parámetros del modelo son significativos, salvo el ítem 50 como indicador del factor de Hábitos de salud (SA) y 22 correlaciones del total de las 45 posibles. Si se eliminan las 22 correlaciones no significativas, los índices de ajuste varían de buenos ($\chi^2/gl = 1.12$ y $RMSEA = .02$), adecuados ($PNCP = 1.03$) a malos ($\chi^2(1929) = 2152.19$, $p < .01$, $FD = 9.96$, $GFI = .69$, $AGFI = .66$); el ítem 50 sí aparece como un indicador significativo de Hábitos de salud, pero resultan cinco correlaciones no significativas. Si se eliminan éstas, los índices de ajuste y todos los parámetros son semejantes al modelo anterior ($\chi^2(1934) = 2154.65$, $p < .01$, $\chi^2/gl = 1.11$, $RMSEA = .02$, $FD = 9.97$, $PNCP = 1.02$, $GFI = .69$ y $AGFI = .66$), aunque ahora aparecen cuatro correlaciones no significativas. Si se eliminan tres, se logra un modelo con todos sus parámetros significativos, incluyendo las 15 correlaciones entre factores, e índices de ajuste semejantes a los dos anteriores ($\chi^2(1937) =$

2168.82, $p < .01$, $\chi^2/gl = 1.12$, $RMSEA = .02$, $FD = 10.04$, $PNCP = 1.07$, $GFI = .69$ y $AGFI = .66$).

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN POR AFE Y AFC

Por el criterio de autovalores iniciales mayores a 1, se definen cuatro componentes que explican 69.83% de la varianza total. El primero agrupa sentimientos positivos al comer, antojos alimentarios y comer excesivo; podría interpretarse como un factor de *comedor gourmet*, que disfruta de comer y es autoindulgente en el placer de comer. El segundo agrupa motivación para bajar de peso y malestar con la imagen corporal; además subingesta tiene su segunda saturación más alta (-.38); puede interpretarse como un componente de *restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal*. El tercero agrupa hábitos de salud y subingesta; además satisfacción con la imagen corporal presenta su segunda saturación más alta (.30); puede interpretarse como un componente de *ortorexia* o disciplina en el ejercicio y comer para lograr una imagen corporal deseada. El cuarto

Tabla 2. Matriz de patrones de la solución de 4, 3 y 1 componente

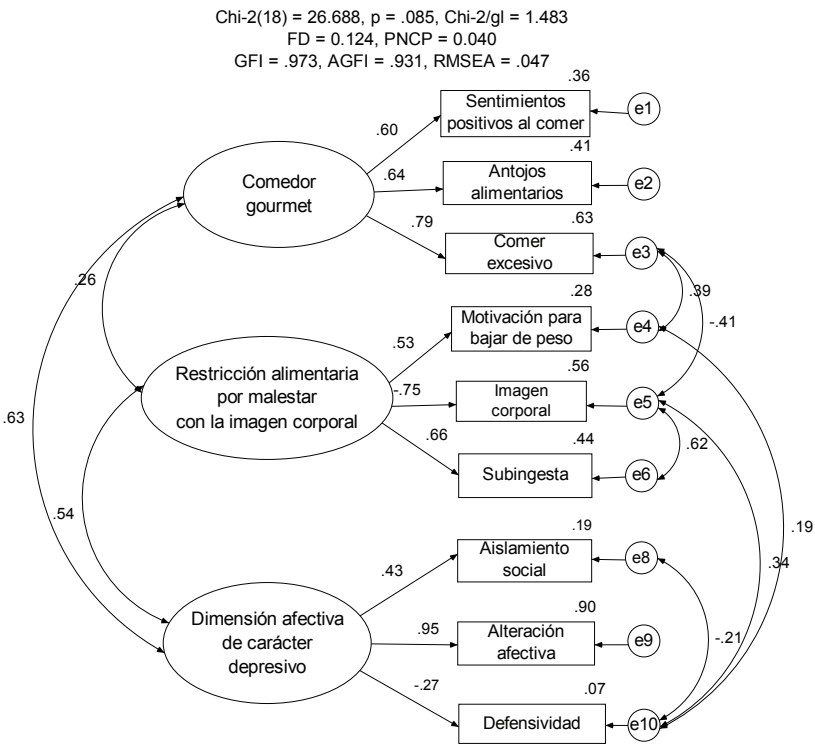
Ítems	4 factores (Kaiser)				3 factores (Cattell)			1 f.
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C1
Alteración afectiva	.38	-.31	.09	.49	.37	.39	.43	.79
Antojos alimentarios	.83	.04	-.03	.01	-.01	.82	.01	.56
Motivación para bajar de peso	.04	-.89	.20	-.20	-.08	-.02	.85	.50
Aislamiento social	.03	.12	.14	.84	.51	.10	.13	.48
Defensividad	.09	-.02	.30	-.72	-.77	.06	.06	-.42
Subingesta	.09	-.38	.47	.33	-.00	.11	.66	.51
Hábitos de salud	-.13	.04	.86	-.08	-.70	-.08	.42	-.23
Sentimientos positivos al comer	.85	.18	.02	-.05	-.13	.85	-.09	.43
Comer excesivo	.66	-.38	-.20	.03	.24	.62	.27	.76
Imagen corporal	.17	.75	.38	-.19	-.63	.23	-.45	-.55

Método de extracción: Componentes Principales. Rotación: Oblimin.

agrupa defensividad, aislamiento social y alteración afectiva, y refleja una dimensión *afectiva* de carácter depresivo e inhibición (véase tabla 2).

Al contrastar este modelo de 4 factores correlacionados por AFC, se observan problemas de cálculo en el factor de *ortorexia*, que cuenta con un indicador propio (hábitos de salud) y dos indicadores compartidos con el factor de *restricción*. El modelo resulta indefinido. Si se elimina el factor de *ortorexia*, quedando la solución reducida a tres factores de segundo orden con nueve factores de primer orden, se logra un buen ajuste tras introducir seis correlaciones entre los residuos ($\chi^2(18) = 26.69, p = .08, \chi^2/gl = 1.48, FD = 0.12, PNCP = 0.04, GFI = .97, AGFI = .93$ y $RMSEA = .05$) (véase figura 1).

Figura 1. Modelo de tres factores de segundo orden con 9 escalas (sin hábitos de salud)



Por el criterio del punto de inflexión de la curva de sedimentación, podría reducirse a tres factores que explican 59.45% de la varianza total. El primero agrupa defensividad, hábitos de salud, imagen corporal y aislamiento social; podría interpretarse como *complejo de inferioridad corporal*, reflejado en automenosprecio y aislamiento social. El segundo es el de *comedor gourmet*. El tercero agrupa motivación para bajar de peso, subingesta y alteración afectiva. La alteración emocional podría ser consecuencia de las dos condiciones previas en personas, donde la motivación para bajar de peso es fuerte, pero el método de restricción resulta inadecuado, lo cual lleva a la persona a sentimientos depresivos; puede denominarse *frustración en el deseo de bajar de peso* (véase tabla 2). Este modelo, aun introduciendo cinco correlaciones entre los residuos, presenta un ajuste de adecuado ($\chi^2(27) = 55.31, p < .01, \chi^2/gl = 2.05$ y $RMSEA = .07$) a bueno ($FD = 0.26, PNCP = 0.13, GFI = .95, AGFI = .90$) y significativamente inferior al modelo anterior ($d\chi^2(27 - 18 = 9) = 55.31 - 26.69 = 28.62, p < .01$) (véase figura 2).

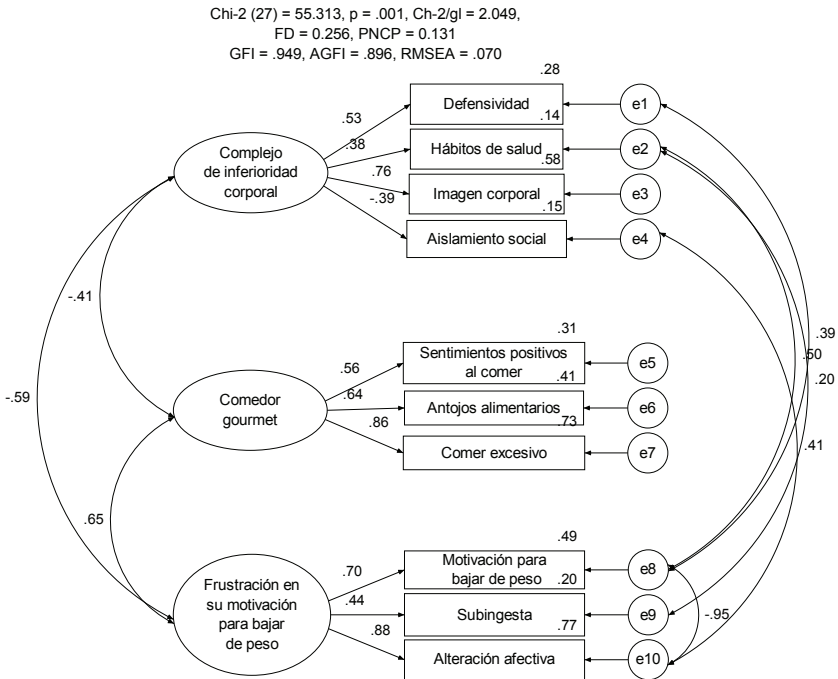
Si se fuerza la solución a un solo componente, se explica 29.75% de la varianza total. Las saturaciones son mayores a .40, salvo hábitos de salud (-.23). Todas las escalas tienen signo positivo, salvo CO, DE y SA (véase tabla 2). Así, las 9 escalas con sus respectivos signos en la solución factorial reflejan un aspecto de alteración afectiva con desvalorización e insatisfacción corporal con comer excesivo, pero disfrutando del comer, asimismo motivación y tendencia a realizar dietas por la insatisfacción corporal. Podemos denominarlo riesgo de sobrepeso, obesidad y dietas. Por AFC se obtiene un ajuste para el modelo unidimensional con 9 indicadores (sin hábitos de salud) de adecuado ($\chi^2(22) = 67.03, p < .01, \chi^2/gl = 3.05, GFI = .93, AGFI = .86$ y $RMSEA = .09$) a bueno ($FD = .31$ y $PNCP = .21$). Por lo tanto, se recomienda usar un puntaje total sin hábitos de salud sumando las 9 restantes escalas, tras invertir la puntuación de los ítems de las escalas de defensividad (DE) e imagen corporal (CO). La consistencia interna de los 58 ítems que lo integran es alta ($\alpha = .91$). A su vez, pueden manejarse tres factores correlacionados de segundo orden: comedor gourmet (AN + POSI + CE) con una consistencia interna alta ($\alpha = .89$) para sus 21 ítems, restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal (MO

+ SUB + CO) con una consistencia interna alta ($\alpha = .88$) para sus 17 ítems y alteración afectiva (AF + AI + DE) con una consistencia interna alta ($\alpha = .85$) para sus 20 ítems.

DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE TOTAL, LOS 3 FACTORES DE SEGUNDO ORDEN Y 10 DE PRIMER ORDEN

La distribución del puntaje de riesgo de sobrepeso, obesidad y dietas de media 71.79 y desviación estándar de 25.78 se ajusta una curva normal ($p = .11$), al igual que las distribuciones de los factores de segundo orden de restricción ($p = .61$) y afecto ($p = .28$). La distribución del factor de comedor *gourmet* muestra asimetría positiva y apuntamiento, es decir, se concentra en puntuaciones bajas. Las distribuciones de los factores de

Figura 2. Modelo de tres factores de segundo orden con 10 escalas



alteración afectiva ($p = .05$), motivación para bajar de peso ($p = .52$), defensividad ($p = .16$) y hábitos de salud ($p = .16$) se ajustan a una curva normal. Se aproxima a la normalidad la distribución de imagen corporal ($p = .03$). El resto de factores de primer orden muestran asimetría positiva y apuntamiento, como el factor de comedor gourmet (véase tabla 3).

DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE MUJERES
CON SOBREPESO U OBESIDAD Y NORMOPESO

Las mujeres con sobrepeso u obesidad promedian significativamente más alto en puntaje de riesgo, en los tres factores de segundo orden y en los factores de primer orden de alteración afectiva, motivación para bajar de peso y comer excesivo; además, promedian significativamente más bajo en

Tabla 3. Distribución y ajuste a la normalidad de los 10 factores

Factores	M	Mdn	DE	Sk	K	Z_{K-S}	p
Riesgo	71.79	70	25.78	0.55	0.41	1.19	.11
<i>Factores de segundo orden</i>							
Gourmet	20.95	19	12.66	1.36	2.83	1.56	.01
Restricción	23.82	23	11.82	0.20	-0.69	0.76	.61
Afectivo	27.01	26	9.57	0.30	-0.27	0.99	.28
<i>Factores de primer orden</i>							
Alteración afectiva	6.80	6	5.11	0.83	0.81	1.36	.05
Antojos alimentarios	8.13	7	5.04	0.82	0.21	2.02	.00
Motivación para bajar de peso	14.84	15	7.91	-0.01	-0.78	0.82	.52
Aislamiento social	4.00	3	3.79	1.27	1.52	2.44	.00
Defensividad	14.01	14	3.91	-0.16	-0.50	1.12	.16
Subingesta	2.18	1	2.35	1.50	2.49	2.95	.00
Hábitos de salud	8.07	8	4.45	0.46	0.13	1.12	.16
Sentimientos positivos al comer	4.12	4	3.30	1.10	1.50	1.82	.00
Comer excesivo	8.70	7	7.27	1.60	3.24	2.10	.00
Imagen corporal	10.97	11	5.35	-0.08	-0.80	1.42	.03

$N = 217$. EE de $Sk = .165$ y EE de $K = .329$

Riesgo = AN + POSI + CE + MO + SU + CO (puntuaciones invertidas) + AF + AI + DE (puntuaciones invertidas). Gourmet = AN + POSI + CE, Restricción = MO + SUB + CO y Afectivo = AF + AI + DE.

satisfacción con la imagen corporal. En los seis factores de primer orden restantes los promedios son estadísticamente equivalentes.

Discusión

Desde el AFE no se reproducen con exactitud los once factores propuestos por O'Donnell y Warren (2007) con 80 ítems, por lo que se propone una nueva configuración de la escala con 64 ítems distribuidos en 10 factores correlacionados. Los factores muestran valores altos de consistencia interna, a excepción de un valor adecuado para el factor de subingesta. La reducción de la escala implica la pérdida de 16 ítems, de los cuales 8 son los ítems del factor de racionalizaciones, el cual desaparece. El factor de expectativas relacionadas con el comer y sobreingesta originales definen dos nuevos factores que son comer excesivo y sentimientos positivo al comer. Por lo demás, la solución propuesta es equivalente a la de O'Donnell y Warren (2007). Cabe señalar que el conjunto de racionalizaciones para mantener exceso de peso desarrollado desde los estudios con estadounidenses, parece aplicarse mal a las participantes mexicanas (Klaczynski, Goold y Mudry, 2004).

Al considerar que el factor de hábitos de salud es el más independiente y que se elimina para definir un factor único, consideramos que la solución de tres factores de segundo orden sin el factor de ortorexia y sin el indicador de hábitos de salud es mejor que la solución de tres factores que incluye hábitos de salud, como además reflejan los índices de ajuste. Además, la primera estructura resulta de interpretación más clara. Ambas coinciden en el factor de comedor *gourmet*. El factor afectivo, claro en su composición (alteración emocional, aislamiento social y defensividad), se corresponde con el de complejo de inferioridad corporal más difuso (aislamiento social, hábitos de salud, defensividad e imagen corporal), al igual que restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal (motivación para bajar de peso, imagen corporal y subingesta) frente a frustración en el deseo de bajar de peso (motivación para bajar de peso, subingesta y alteración afectiva).

El factor de comedor *gourmet*, muy claro en su definición, puede interpretarse como un equivalente al primer grupo de obesos descritos por

Bruch (1973), donde no se observa una problemática psicológica. Quizá la obesidad del desarrollo de la propuesta de Bruch (1973) podría asociarse más con el factor de segundo orden denominado *complejo de inferioridad corporal*, el cual fue obtenido al extraerse tres factores por el criterio de Cattell, dado que las características de la obesidad de este tipo, desde la propuesta de Bruch, pueden llevar a un aislamiento social y automenoprecio. La obesidad reactiva, considerada desde la propuesta de Bruch como una respuesta ante un evento traumático, no se corresponde de forma clara con ninguno de estos factores.

Cabe interpretar que el factor de hábitos de salud, que presenta distribución normal, es independiente de los demás factores y no diferencia entre mujeres con normopeso y sobrepeso/obesidad; parece ser un aspecto variable de la conducta alimentaria de las mujeres que se manifiesta en una frecuencia promedio en la mayoría de ellas, independientemente de su masa corporal, y tal vez ese estándar promedio sea adaptativo a demandas y conocimientos de salud dentro de la sociedad mexicana, establecido desde la comunicación social y los patrones de educación. Cabe señalar que la mujer cuida más la calidad de su alimentación que el varón, en consecuencia con el rol social internalizado de cuidadora y proveedora nutricia dentro de la familia.

Es posible diferenciar entre grupos de mujeres con normopeso y sobrepeso/obesidad a través del puntaje de riesgo, con los tres factores de segundo orden y con los factores de primer orden de alteración afectiva, motivación para bajar de peso, comer excesivo e imagen corporal, lo cual es una evidencia de validez. Ante el objetivo de diferenciación son más efectivas las puntuaciones complejas que los factores de primer orden. Con base en el perfil diferencial, las mujeres con sobrepeso y obesidad de este estudio juzgan que comen en exceso y se sienten insatisfechas con su físico, lo que motiva a hacer dietas; la combinación de insatisfacción corporal, situaciones de dietas y frustración en los objetivos de la dieta probablemente sean la fuente de malestar emocional. Los sentimientos de discriminación social no son muy fuertes en la sociedad mexicana, ya que la mayoría de los adultos están en esta situación; no obstante, existe una

presión social para bajar de peso y sentir descontento por la adiposidad, quizá propiciada por las autoridades sanitarias y sobre todo por valores estéticos procedentes de la cultura occidental globalizada (Moral, 2002; Saucedo y Unikel, 2010).

En virtud de las características no probabilísticas de la muestra empleada, se advierte que la extrapolación de los resultados a una población femenina hispanoparlante semejante requiere su contraste, por lo que los presentes datos deben manejarse como hipótesis. Se desconoce la validez de la escala en varones mexicanos, por lo que se recomienda en futuras investigaciones incluirlos además buscar una muestra probabilística representativa de ambos sexos con el fin de determinar los baremos para la población mexicana.

Conclusiones

Los resultados del estudio muestran una alta confiabilidad para el Cuestionario de Sobreingesta en una composición de 64 ítems, con 10 factores correlacionados en una muestra de género femenino. Se propone el puntaje total de 58 ítems al que se denomina índice de riesgo para el sobrepeso/obesidad y dietas, con distribución normal, consistencia interna alta y capacidad de diferenciar entre mujeres con sobrepeso-obesidad y con normopeso. Los puntajes altos reflejan que una mujer que considera comer en exceso, está insatisfecha con su imagen corporal, desea bajar de peso, hace dietas infructuosas, situaciones que le llevan sentirse deprimida, pero disfruta de comer y es feliz en esas situaciones. Los hábitos de salud son independientes de la masa corporal.

Consideramos que si se desea definir un factor de racionalizaciones, como en el cuestionario original, se requeriría un estudio cualitativo con muestras mexicanas. En este estudio se explorarían las razones que se dan las personas para justificar su sobrepeso u obesidad sin sentir preocupación o necesidad de cambio. Se proponen dos preguntas abiertas para tal objetivo: 1) ¿por qué cree usted tener exceso de peso?, y 2) ¿qué se dice a sí mismo cuando no quiere cambiar ni preocuparse por su peso?

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Gil, A. (2002). Obesidad y genes. *Vox Paediatrica*, 10(2), 40-45.
- Klaczynski, P. A.; Goold, K. W. y Mudry, J. J. (2004). Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the “thin ideal”: A social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307-317.
- Lim, W.; Thomas, K. S.; Bardwell, W. A. y Dimsdale, J. E. (2008). Which measures of obesity are related to depressive symptoms and in whom? *Psychosomatics*, 49 (1), 23-28.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista de Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, 3(3). Recuperado de www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/ensayos/trastornos.html
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero y M. T. González (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*, 445-528. México: Trillas.
- National Institutes of Health (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*. EE.UU.: National Institutes of Health, 8, 902-923.
- O'Donnell W. E. y Warren W. L. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)* (trad. de Olivare y Mancilla). México: Manual Moderno.
- Olaiz, G.; Rivera, J.; Shamah, T.; Rojas, R.; Villalpando, S.; Hernández, M. y Sepúlveda, J. (eds.) (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT2006)*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rand, C. y Stunkard, A. J. (1978). Obesity and psychoanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 135 (5), 547-555.
- Sansone, M. A.; Wiederman, M. W. y Monteith, D. (2001). Obesity, borderline personality and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Eating Disorders* 29, 76-79.
- Saucedo, T. J. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33, 11-19.

- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw Hill.
- Van der Merwe, M-T. (2007). Psychological correlates of obesity in women. *International Journal of Obesity*, 31 (2), S14-S18.
- Volkow, N. D. y O'Brien, Ch. P. (2007). Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 164 (5), 708-710.
- World Health Organization (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series 845*. Geneva: World Health.

Anexo. Ítems del Cuestionario de Sobreingesta (OQ)

¿Está usted de acuerdo con estas afirmaciones?

0 = Para nada, 1 = Un poco, 2 = Moderadamente, 3 = Bastante, 4 = Muchísimo

1. Siempre como en exceso.
2. Peso demasiado porque otros miembros de mi familia pesan demasiado.
3. No puedo decir “no” cuando me ofrecen comida en las fiestas.
4. Si sobran alimentos después de una comida, me los acabo en vez de guardarlos.
5. Hay ocasiones en las que casi me mato de hambre.
6. Me cuido de lo que como.
7. Me agrada mi figura.
8. Siento que siempre me debería comer todo lo que tengo en mi plato.
9. Hay comidas que se me antojan muchísimo.
10. Es frecuente que me sienta triste y melancólica.
11. Llevo una dieta balanceada.
12. Siempre estoy de buen humor.
13. Me he dado un atracón de comida.
14. No me siento a gusto en situaciones sociales.
15. Cuando me siento triste, quiero comer.
16. Como para olvidarme de mis problemas.
17. Siempre tomo buenas decisiones.
18. Quiero conseguir ayuda para mis problemas de peso.
19. Cuando me he sentido alterada, como para sentirme mejor.
20. Me preocupa mi futuro.
21. Estoy esforzándome por alcanzar mi meta de reducción de peso que me gustaría conseguir dentro de los próximos seis meses.
22. Siento mi cuerpo más relajado cuando como.
23. Me siento orgullosa de cómo me veo.
24. Soy tímida.
25. Hago más ejercicio del que debería para bajar de peso.

26. Haré ejercicio si eso me ayuda a bajar de peso.
27. Tiendo a preocuparme todo el tiempo.
28. Cuando deseo cierta comida, busco el modo de conseguirla.
29. Siento temor con frecuencia.
30. Peso demasiado por la forma en que funciona mi cuerpo.
31. Siempre estoy feliz.
32. Peso demasiado porque nadie me da ánimos para bajar de peso.
33. A otras personas les gusta cómo me veo.
34. Para bajar de peso, haría lo que me dijera el médico.
35. Evito los alimentos que engordan.
36. Cuando tengo hambre, fantaseo con mi comida preferida.
37. Comer me hace sentir bien.
38. Participaría en grupos de apoyo si eso me ayudara a bajar de peso.
39. Me ejercito con regularidad para controlar mi peso.
40. Hay días que como nada.
41. Me altero mucho cuando subo uno o dos kilos.
42. Mi vida está llena de estrés.
43. Siempre hago lo correcto.
44. Siempre me preocupa subir de peso.
45. Con frecuencia me siento tensa.
46. Evito la cercanía con otra persona.
47. Me respeto más a mí misma cuando estoy delgada.
48. Siempre estoy atenta.
49. Con frecuencia me siento sola.
50. Hago mucho ejercicio.
51. Me siento tranquila después de comer.
52. Me siento incómoda cuando estoy con otras personas.
53. Le oculto a los demás el hecho de que como en exceso.
54. Realmente quiero bajar de peso.
55. Las personas que son parte de mi vida agravan mis problemas de peso.
56. Tengo un deseo intenso por ciertos alimentos.
57. Mi agitada rutina no me permite ponerme a dieta.

58. Las personas importantes en mi vida me animan a comer en exceso.
59. Tengo mejor apariencia que la mayoría de la gente.
60. Cuando tengo planes para una comida especialmente buena, me la imagino de antemano.
61. Hago ejercicio todos los días, incluso cuando me siento cansado.
62. Siempre digo la verdad.
63. Siempre estoy a dieta.
64. Evito las fiestas y reuniones sociales.
65. Tengo exceso de peso porque soy baja de estatura.
66. Haría cambios en mi estilo de vida para poder bajar de peso.
67. Me siento deprimida la mayor parte del tiempo.
68. Me cuesta trabajo acercarme a los demás.
69. Me excedo cuando como.
70. Me agrada mi cuerpo.
71. Se me dificulta hablar con los demás.
72. Tengo buenos hábitos de salud.
73. Ver anuncios en revistas o en la televisión hace que se me antojen ciertos alimentos.
74. Tengo exceso de peso por problemas de salud.
75. Tengo un cuerpo sensual.
76. Le agrado a todo el mundo.
77. Cuento las calorías de lo que como.
78. Me cuesta trabajo controlar las cantidades que como.
79. Me siento más amigable después de comer.
80. Llevaría una dieta balanceada para poder bajar de peso.