



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL EATING DISORDER
EXAMINATION-QUESTIONNAIRE (EDE-Q 6.0) EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA ZONA
METROPOLITANA DEL VALLE DE MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN

LAURA KAREN LETECHIPÍA DÍAZ
Y
SEBASTIÁN PÉREZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR: DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ
REVISORA: DRA. CLAUDIA MARGARITA RAFFUL LOERA

SINODALES

DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
DRA. ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM. IA302420, La teoría del transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. Agradecemos a la DGAPA-UNAM la beca recibida.

Ciudad Universitaria, México, CDMX., 28 de octubre de 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS – KAREN LETECHIPÍA

* Quiero agradecerle a mi padre que hace un par de meses se fue al cielo de una manera inesperada. Me enseñaste desde pequeña a ser educada, a preocuparme por estudiar y por no ser conformista, pero sobre todo me enseñaste la importancia que tiene el papel de la familia. Siempre estaré agradecida contigo por todo lo que me enseñaste a lo largo de mi vida, te extraño y siempre te recordaré con mucho amor.

*Mamá siempre estaré agradecida contigo por apoyarme a lo largo de toda mi trayectoria académica, gracias por escucharme cuando yo quería desertar de la carrera debido a la situación laboral, tú me diste ánimos para seguir. Gracias a tu cariño y comprensión logré terminarla. Siempre estaré eternamente agradecida contigo por todo lo que me has enseñado durante toda mi vida.

*Sebastián Pérez, amor, sin ti no lo hubiera logrado, muchas gracias por tu apoyo incondicional y tu cariño. Sé que nos costó mucho trabajo la realización de esta tesis, pero juntos pudimos lograrlo y esto es solo el comienzo de las cosas grandes que podremos hacer juntos en el futuro. Siempre contarás con mi amor y mi apoyo. Te amo.

*Iliana Letechipía, hermana muchas gracias por enseñarme sobre la vida, te adoro.

*Antonio Letechipía, hermano, muchas gracias por enseñarme a ser leal, noble y por apoyarme siempre que lo necesito, te adoro.

*Rosario Letechipía, hermana, gracias por tu amor incondicional y por demostrarme lo valioso que es la vida, ¡eres una guerrera! Te adoro.

*Daniel Samper Díaz, primo, muchas gracias por ser mi compañero de viajes, de tristezas y alegrías. Siento que, en vez de ser un primo, eres como un hermano para mí, siempre estaré agradecida contigo por apoyarme en todo momento y por hacerme reír mucho. Espero que toda nuestra vida sigamos yendo por cafés para contarnos nuestro día a día. Te adoro.

*Lic. María Eugenia Espíritu Santo, te agradezco por todos los aprendizajes de vida que me has enseñado, los llevo en el corazón y los recordaré toda mi vida. Te estaremos eternamente agradecidos Sebastián y yo por apoyarnos en la realización de nuestra tesis.

*Sergio Navarro, amigo, muchas gracias por tu ayuda durante mi tesis. Gracias por tu apoyo incondicional y por tu cariño.

*Martín, amigo, muchísimas gracias por tu apoyo durante la realización de esta tesis, tienes un gran carisma, gracias por siempre transmitirme tu alegría.

*Dr. José Alfredo Contreras Valdez, sin usted, esta tesis no hubiera sido posible, le agradezco mucho su dedicación y apoyo para la realización de nuestra tesis.

*Le agradecemos al Dr. Christian López de la Facultad de Psicología y de la Universidad Chapultepec, a la Mtra. Teresa Torres Corona de la FES Acatlán, a la Lic. Lilia Trejo de la FES Aragón, al profesor Guillermo Paredes de UPIICSA, a la Lic. Alejandra Macias de la UNILA, y a todos los profesores que nos facilitaron el acceso a las universidades.

* Dra. Claudia Rafful, Dra. Ivonne De la Vega Morales, Dra. Fayne Esquivel y Dra. Paulina Landgrave muchas gracias por su colaboración.

Siempre estaré agradecida con la máxima casa de estudios, mi querida UNAM.

AGRADECIMIENTOS – SEBASTIÁN PÉREZ

Gracias, mamá. Gracias, papá. Por haberme llevado tan lejos, y aún al día de hoy, seguir haciéndolo. Unas palabras escritas no pueden describir el amor que les tengo, y tampoco he sabido siempre describirlo en persona. Pero sepan que he descubierto lo enormemente afortunado que soy de que sean mis padres (no cualquier padre le permite a su hijo organizar una fiesta con más de 100 personas en la casa por el simple hecho de que hará feliz a su hijo). Estos últimos años no han sido sencillos, pero mamá, de ti heredé la determinación y resiliencia para siempre seguir mi camino con la cabeza en alto, y papá, de ti heredé la bondad y compasión para siempre buscar hacer el mayor bien posible en ese camino.

Karen, hemos pasado por muchas adversidades y experiencias, buenas y malas, y por sobre todo seguimos juntos en este maravilloso equipo. Te amo demasiado, empezamos esta tesis hace ya dos años sin estar seguros de que sucedería, y ahora de lo que estoy seguro es que ya es tan sólo un paso más en nuestra larga vida juntos. De todo corazón, admiro tu fortaleza y me inspiras. Realmente no tengo más que decir, puesto que mi amor te lo demuestro diario cada vez que volteo y te veo a mi lado. Para

todos los que nos dijeron que no se podía hacer una tesis en pareja... aquí estamos, mi amor.

Nico, mi hermano, a seguido discutimos bastante y nos alejamos, pero por sobre todo yo sé que jamás me abandonarás ni yo a ti, tal como ha sido en mis peores momentos. Te quiero muchísimo hermanito.

Tito, Tita, Vero, Gaby; ustedes me han enseñado lo que es la familia, desde que era pequeño y me enseñaban a vivir, hasta hoy, que si tengo algún problema no tengo ni siquiera que esperar un minuto, porque mi familia ya está ahí para mí.

Han sido años muy complicados, donde aprendí bastante sobre lo que realmente es la amistad, gente se ha ido y venido, y en estos últimos 4 años cuando ni yo sabía que quería o quien era, han estado ahí para mí. Podría enlistar lo que cada uno me ha aportado en este tiempo, pero prefiero mejor esforzarme día a día con ser el mejor amigo que pueda ser para ustedes. Gracias Víctor, Fer, Shealsey, Astrid, Nats, Daniel (Canela), Jaz, Pepe, Alan, Nanci, Lau, Liss, Poncho, Karina, Tania, FerFer, Karen Sashely, Vero, Clarissa, Ova, Canchola, Dany y Adri.

Gracias Eugenia Espíritu Santo por todo el apoyo laboral y emocional que nos has dado a Karen y a mí desde hace ya 3 años, siempre has sabido ser nuestra guía cuando nos hemos encontrado sin rumbo.

Dr. José Alfredo Contreras Valdez, le agradezco por el esfuerzo que invirtió en nosotros, por ser tan comprensivo ante los problemas que enfrentábamos y siempre apoyarnos en el transcurso de esta tesis, y que a pesar de que sonaba muy descabellada la idea de una tesis en pareja, aceptó nuestra locura y nos llevó paso a paso hasta cumplirla.

Y finalmente, gracias a nuestros queridos peluditos por el incontable amor dado día y noche: Chloe, Cory, Sammy, Nico, Kimba, Lucy y Santi.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	9
Capítulo 1. Confiabilidad y validez: propiedades psicométricas indispensables de un test psicológico.....	13
¿Qué es medición?.....	13
Psicometría y sus antecedentes.....	13
Teoría Clásica de los Tests.....	16
Confiabilidad.....	19
Validez.....	22
Otras propiedades psicométricas.....	25
Conclusiones.....	26
Capítulo 2. La perspectiva del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios.....	28
¿Cuál es la diferencia entre el enfoque categorial y el dimensional de los trastornos alimentarios?.....	31
¿Qué es la teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios?.....	35
Conclusiones.....	40
Capítulo 3. Validez y confiabilidad del Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q) en población universitaria.....	42
Psicopatología alimentaria en población universitaria.....	42
Factores asociados.....	44
¿Qué es el EDE-Q?.....	45
Validez y confiabilidad del EDE-Q en estudiantes universitarios.....	46
Conclusión.....	54
Método.....	56
Planteamiento del problema.....	56
Pregunta de investigación.....	59
Objetivo general.....	59
Objetivos específicos.....	60
Hipótesis.....	60
Participantes.....	60
Criterios de inclusión.....	63
Criterios de exclusión.....	63
Criterios de eliminación.....	64

Consideraciones éticas	64
Diseño y tipo de estudio	64
Instrumentos	65
Definición conceptual de variables	67
Definición operacional de variables	68
Procedimiento	69
Análisis de datos	72
Resultados	74
Análisis factorial confirmatorio	74
Consistencia interna	80
Validez convergente	81
Discusión	86
Referencias	94
Anexos	117

Resumen

A pesar de que el *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire* (EDE-Q) es uno de los instrumentos más usados a nivel internacional para medir los principales síntomas de los trastornos alimentarios, el estudio de sus propiedades psicométricas en universitarios sigue siendo una tarea pendiente. Esta investigación tuvo como propósito principal indagar acerca de la validez y la confiabilidad del EDE-Q en población universitaria de la Zona Metropolitana del Valle de México. Participaron 981 universitarios (542 mujeres y 439 hombres, de entre 18 y 47 años de edad), provenientes de 29 universidades (20 públicas y 9 privadas). Tras firmar un consentimiento informado, los participantes respondieron una batería de instrumentos psicométricos compuesta por el *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire* (EDE-Q 6.0), el Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC), la Escala de depresión del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida (IMADIS-D) y el Cuestionario de adicción a redes sociales (ARS). El análisis factorial confirmatorio demostró que el modelo de Parker et al. (2015), de 14 ítems distribuidos en cuatro factores (Dieta restrictiva, Preocupación por comer, Preocupación por la apariencia, Preocupación por la figura y el peso) presentó un ajuste adecuado tanto en mujeres (RMSEA=.056, SRMR= .033, CFI= .967, NNFI=.958), como en hombres (RMSEA=.048, SRMR= .043, CFI= .955, NNFI= .942), a diferencia de la estructura factorial original de 22 ítems, propuesta por Fairburn y Beglin (2008). Se observaron valores alfa de Cronbach de entre .718 y .939 para los cuatro factores del modelo de medida, mientras que la confiabilidad global fue excelente ($\alpha = .913$). En la muestra de mujeres, el EDE-Q correlacionó de forma positiva con los constructos influencia del modelo estético corporal ($r = .743$), depresión ($r = .466$) y adicción a redes sociales ($r = .268$), igualmente, en la muestra de hombres correlacionó de forma positiva con los constructos influencia del modelo

estético corporal ($r = .716$) , depresión ($r = .430$) y adicción a redes sociales ($r = .298$), añadiendo evidencia de la validez convergente del instrumento. El EDE-Q es un cuestionario válido y confiable para medir los principales síntomas de los trastornos alimentarios en población universitaria de la Zona Metropolitana del Valle de México.

Palabras clave: universitarios, EDE-Q, trastornos alimentarios, confiabilidad, validez

Introducción

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se definen como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a un desbalance en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (APA, 2013). A pesar de que la prevalencia de los trastornos alimentarios no es elevada en la población general (1.8% en mujeres y 0.8% en hombres de entre 18 y 65 años) (Medina-Mora et al, 2003), en comparación con otros trastornos (como la ansiedad o la depresión), sus consecuencias físicas y psicológicas han contribuido a que en años recientes se hayan posicionado como un problema de salud que merece ser estudiado y atendido urgentemente (APA, 2013).

El paso a la universidad es especialmente difícil, pues además de las exigencias académicas cada vez más grandes, así como las múltiples responsabilidades adquiridas, los universitarios están sujetos a diversos problemas sociales a consecuencia de la importancia que le otorgan a la figura estética, el cuerpo y la dieta. Por lo que se les ha considerado como una población de alto riesgo y vulnerable a los trastornos alimentarios (González-Carrascosa et al., 2013; Sáenz et al., 2011; Sepúlveda et al., 2004).

El *Eating Disorder Examination self-report Questionnaire* (EDE-Q), elaborado por Fairburn y Beglin (1994), es un cuestionario de autoinforme compuesto por 28 ítems, los cuales miden los principales síntomas de los trastornos alimentarios. Desde su creación en 1994, se han propuesto diferentes versiones del EDE-Q. La versión más reciente es la 6.0 (Fairburn, 2008). Debido a que la población universitaria se encuentra en riesgo de padecer diferentes tipos de problemas alimentarios (Escolar-Llamazares et al., 2017), es necesario contar con un instrumento que apoye en la evaluación de esta problemática y que posea adecuadas propiedades psicométricas. Por consiguiente, el propósito principal de esta investigación fue evaluar la

validez y confiabilidad del EDE-Q en población de universitarios de la Zona Metropolitana del Valle de México. Este trabajo se compone de tres capítulos teóricos, el método que se utilizó para responder las preguntas de investigación, una sección de resultados y, finalmente, la discusión de los mismos.

En el primer capítulo se habla sobre la confiabilidad y validez de un instrumento psicométrico, junto con una revisión histórica de la medición en psicología. El segundo capítulo versa acerca de los trastornos alimentarios, contrastando las ventajas y desventajas de dos modelos a partir de los cuales se ha estudiado este tipo de síntomas de trastornos alimentarios, el categorial y el dimensional. Ambos enfoques convergen en la teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, teoría en la que se han insertado los hallazgos sobre las propiedades psicométricas del EDE-Q. El tercer capítulo comienza con una descripción del EDE-Q, de su modelo factorial original y de algunos factores asociados con los trastornos alimentarios (como la influencia de los modelos estéticos corporales, la depresión y la adicción a redes sociales). Finalmente, se encuentra una revisión de literatura de investigación en la que se analizan los estudios que han examinado las propiedades psicométricas del EDE-Q en población universitaria.

Esta revisión de literatura permitió concluir que, si bien el EDE-Q es un instrumento que se ha estudiado en diferentes partes del mundo (Chan y Leung, 2015; Darcy et al., 2013; Giovazolias et al., 2013), una de las limitaciones que se observa dentro de su línea de investigación es que los estudios realizados con estudiantes universitarios se han hecho, en su mayoría, solamente con mujeres (Grilo et al., 2015; Machado et al., 2018; Serier et al., 2018; Unikel et al., 2018), y en aquellos casos en los que también han incluido hombres, la brecha entre la proporción de participantes de cada sexo es muy grande, observándose que la cantidad

de mujeres duplica la de hombres. También se observa que, al someterse a prueba con otros modelos factoriales que se han propuesto, el original de Fairburn y Beglin (2008) ha obtenido un menor ajuste para medir los síntomas de los trastornos alimentarios (Darcy et al., 2013; Machado et al., 2018; Rand-Giovanetti et al., 2020). En contraste, el de Parker et al. (2015) llama la atención debido a que es uno de los que han mostrado mejores propiedades psicométricas en población universitaria (Rand-Giovanetti et al., 2020). Es por ello que este modelo (compuesto por 14 ítems agrupados en 4 factores: dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por la apariencia, y preocupación por la figura y el peso) es el que fue tomado en cuenta como referente principal.

En el capítulo del método se podrá observar la descripción del estudio, en el que participaron 981 estudiantes inscritos en 29 universidades de la Zona Metropolitana del Valle de México, 20 públicas y 9 privadas; de los cuales 542 eran mujeres (18-47 años de edad; $M = 20.87$, $DE = 2.65$) y 439 hombres (18-45 años de edad; $M = 21.28$, $DE = 2.96$). Se evaluó el ajuste del modelo de Parker et al. (2015), así como el del modelo original del EDE-Q (Fairburn y Beglin, 2008). Del mejor modelo, el de Parker et al. (2015), se obtuvo su consistencia interna. Su validez convergente se examinó al correlacionarlo con tres constructos con los que los trastornos alimentarios mantienen relación teórica, a saber, influencia del modelo estético corporal, depresión y adicción a redes sociales.

En el capítulo de resultados se presentan los hallazgos que demuestran que el EDE-Q posee adecuadas propiedades psicométricas en población universitaria, tanto en mujeres como en hombres. El modelo de Parker et al. (2015) mostró un ajuste adecuado tanto en mujeres como en hombres en una muestra conjunta ($RMSEA = .057$, $TLI = .977$, $CFI = .982$), así como una excelente consistencia interna (con valores yendo de $\alpha = .76$ a $\alpha = .98$). Las correlaciones

positivas y de magnitudes leves, moderadas y fuertes, entre el EDE-Q y las medidas de los otros constructos (influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales), demostraron la validez convergente del EDE-Q.

En el último capítulo, la discusión, se interpretan los resultados y se realizan propuestas para futuros trabajos dentro de esta línea de investigación. Este estudio resulta relevante debido a que, mediante la validación del EDE-Q en una muestra que incluye mujeres y hombres, se facilitará la identificación de los principales síntomas de los trastornos alimentarios en una población tan vulnerable a estos, como es el caso de la población universitaria. Se puede concluir que, el EDE-Q es un instrumento de tamizaje que goza de propiedades psicométricas adecuadas, el cual permitirá abrir nuevos caminos en la investigación, la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Capítulo 1. Confiabilidad y validez: propiedades psicométricas indispensables de un test psicológico

¿Qué es medición?

La medición es un componente esencial del proceso que sigue la ciencia para recoger y comparar datos que le permitan fundamentar teorías. Por lo tanto, es una actividad necesaria en la ciencia psicológica. La medición le permite a cualquier disciplina alcanzar el estatus de ciencia, teniendo la capacidad de cuantificar datos de forma sistematizada, los cuales se pueden comparar y replicar (Aragón, 2004). La medición en la psicología se encarga de determinar cuánto de un atributo está presente en una persona, esto requiere una expresión numérica que pueda cuantificarse de manera ordenada (Nunnally, 1973).

La intención de la medición es cuantificar y clasificar los atributos de las personas para definir si las propiedades que se interesa medir se incluyen dentro de ciertas categorías de investigación. La utilidad de un método de medición es establecida en función del grado en que los datos recolectados posean las siguientes características: a) correspondan a un modelo matemático, b) midan un atributo individual, c) puedan ser repetibles bajo circunstancias similares, d) sean válidos en diversos sentidos, e) produzcan relaciones con otras medidas científicas (Nunnally y Bernstein, 1995).

Psicometría y sus antecedentes

Desde 1895 ya existía una necesidad de desarrollar y aplicar pruebas psicológicas, aunque en ese entonces no se sabía con exactitud cómo elaborarlas. Alfred Binet y Victor Henri fueron pioneros al publicar varios artículos que buscaban la medición de la memoria y la comprensión social. Posteriormente, en 1905, Binet y Théodore Simon publicaron una escala de

medición de la inteligencia, conocida como el Test de Binet-Simon. Durante esta época, la medición psicológica fue ampliamente influenciada por los instrumentos y métodos de ciencias ya establecidas como la física, la química y la astronomía; esto tenía la intención de buscar la manera de acercarse más a obtener el reconocimiento como ciencia (Cohen, 2001).

En 1917, cuando Estados Unidos entró a la Primera Guerra Mundial (1914 - 1918), se necesitó evaluar a una gran cantidad de personas para detectar su capacidad intelectual y admitirlas en el ejército. Este proceso masivo de evaluación necesitaba efectuarse en el menor tiempo posible, por lo que era prácticamente imposible aplicar una prueba individual, como la de Simon-Binet a todos los candidatos. En respuesta, la Asociación Norteamericana de Psicología (APA) se encargó de elaborar una prueba colectiva de inteligencia, la cual fue desarrollada por Arthur Otis, conocida como *Army Alfa Test*, [Test Alfa], ésta era una prueba breve y de ocho subpruebas con elementos verbales, cumpliendo así su cometido (Aragón, 2015).

A causa de la Segunda Guerra Mundial se exacerbó la necesidad de incrementar el programa de pruebas psicométricas en Estados Unidos, y debido a ello, se obtuvo un avance en la psicología, ya que se promovió la ampliación de fundamentos lógicos y métodos de medición en esta ciencia. A partir de este punto, se comenzaba a exigir que las pruebas cumplieran con ciertos requisitos metodológicos y científicos. Contando ya con un mayor programa de evaluación de los atributos psicológicos a través de las pruebas, el interés de los investigadores se volcó a la metodología utilizada para su elaboración. Este nuevo enfoque resultó en la propuesta del uso de diferentes escalas de medición (nominal, ordinal, intervalo y razón) por parte de S. S. Stevens en 1946. El renovado interés en las pruebas psicométricas tuvo dos hitos significativos: el primero en 1952, con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-I) por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría; y el segundo en 1954, con la

publicación de las primeras recomendaciones técnicas para el uso de las pruebas, en el libro *Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques*, por la Asociación Norteamericana de Psicología. Más adelante, en 1967 Anne Anastasi denunció la separación entre la evaluación psicológica y la psicología en su obra *Psychology, Psychologists and Psychological Testing*. En 1968, Walter Mischel publicó su libro *Personalidad y Evaluación*, concluyendo con una dura crítica al modelo de evaluación tradicional de las pruebas psicológicas (Aragón, 2015).

En México, el avance en las pruebas psicométricas fue de la mano con el que estaba sucediendo en los Estados Unidos. En 1984, la editorial Manual Moderno publicó por primera vez las normas para México de la Escala de Inteligencia Revisada para el nivel Escolar (WISC-RM), la cual es la versión mexicana de la prueba Wechsler de Inteligencia para niños (WISC), al igual que el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero con normas para México. La misma editorial siguió en 1995 con la publicación, con normas para México, del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2). En años más recientes, se publicó el DSM-IV en 2008, y en 2013, la Escala de Inteligencia para adultos (WAIS-IV) con normas para México. En el 2013 se realizó la publicación del DSM-5 (Aragón, 2015).

Actualmente, las pruebas psicométricas son una herramienta indispensable en el ejercer de un psicólogo, y han adquirido un carácter muy valioso por el renovado interés en el estudio del comportamiento humano. Se descubrió la necesidad de tener instrumentos adaptados para cada población, que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas con la finalidad de obtener los mejores resultados. Hace décadas habría sido difícil de imaginar la importancia que ha logrado esta rama de la psicología, dotando a la psicología con la profesionalidad que merece. La psicometría ha adquirido un papel fundamental en diversas ramas de la psicología, tales como

el ámbito de las organizaciones, el área educativa, el análisis experimental de la conducta, la neuropsicología, la psicología social y, por supuesto, la psicología clínica y de la salud.

La psicometría es la rama de la psicología que garantiza que los instrumentos de medición elaborados contemplen dentro de su estructura las garantías científicas pertinentes. Esta comprende el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas. Uno de los objetivos principales de la psicometría es plantear modelos que transformen los hechos en datos, con la finalidad de asignar valores numéricos a las personas (a los participantes del estudio) con base en sus respuestas (Muñiz, 1992). Así, la psicometría usa teorías, métodos y técnicas complementarias al desarrollo y la administración de los tests psicológicos, todo con el objetivo de trabajar la medida indirecta de los fenómenos psicológicos y así poder hacer descripciones, diagnósticos, clasificaciones, explicaciones y predicciones (Barbero, 2015; Meneses, 2013).

Teoría Clásica de los Tests

Parte de los trabajos iniciales de Charles Spearman y propone un modelo formal en el uso de los instrumentos de medición. La teoría está fundamentada en diversos supuestos a partir de los cuales se extraen consecuencias de aplicabilidad práctica que determinan el grado en que un test da información sobre los niveles de un rasgo (Abad et al., 2006). En los inicios de la psicometría, se tenía como objetivo encontrar un modelo estadístico que fundamentara las puntuaciones de los tests y permitiera la estimación de los errores de medición naturalmente asociados a los procesos de medición. A este modelo se le conoce como el modelo lineal clásico de Spearman, el cual aún perdura en la actualidad como principal representante de la Teoría Clásica de los Tests, éste se expresa como: $X = V + E$ (Muñiz, 1992). En donde “X” es la

puntuación empírica de un sujeto, “V” es la puntuación verdadera y “E” es el término de error. De esta fórmula se entiende que la puntuación de un sujeto en un test psicológico será igual a la puntuación verdadera más el error de medición; cabe resaltar que la puntuación verdadera no se podrá conocer con exactitud debido al error de medición, por lo que sólo se conocerá con precisión la puntuación empírica. Mientras más confiable sea el test y, por lo tanto, mientras menor sea el error, la puntuación empírica se acercará más a la puntuación verdadera (Abad et al., 2006; Aragón, 2004).

Es necesario reconocer que toda medida psicológica, al igual que las medidas en cualquier ciencia, contiene un término de error. En la evaluación psicológica esto trajo un gran avance, ya que se comenzó a considerar que no es suficiente el juicio humano para determinar los atributos psicológicos. Pero, sobre todo, que los instrumentos de evaluación psicológica deben medir con precisión, tal como cualquier instrumento de las ciencias físicas. De esta manera, se ha establecido la necesidad de que las pruebas psicológicas cuenten con los estándares adecuados y que sigan las recomendaciones técnicas necesarias para su elaboración y para su uso, temas que hasta entonces se habían ignorado (Aragón, 2004; Muñiz, 2018).

Los modelos correspondientes a la Teoría de los Tests formalizan las interrelaciones de tres componentes que intervienen en la medición a través de estos: a) la puntuación observada tras la administración del test (el puntaje total en un test, o la respuesta de un sujeto a un ítem), b) un valor inobservable del dominio o rasgo psicológico que se pretende medir y c) el error de medida que conlleva todo proceso de medición (Attoresi et al., 2009). Después de que los ítems son construidos y aplicados a los sujetos, se recolectan los datos y se relacionan las respuestas con el constructo que las inspiró, lo cual implica obtener una puntuación en el constructo. Esta

relación se establece por medio de dos modelos para la medición psicométrica: a) la Teoría Clásica de los Tests (TCT) y b) la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) (Martínez et al., 2014).

La Teoría de la Respuesta al Ítem constituye un enfoque más reciente dentro de la psicometría. Su propósito es obtener la puntuación correspondiente a una persona en una dimensión o rasgo. La TRI se centra más en las propiedades de los ítems individuales, y en el ítem como unidad de análisis, que, en las propiedades globales del test, tal como trabaja la TC (Attoresi et al., 2009). Por otro lado, la TC se modeliza sobre el puntaje verdadero de un test. Una estimación a partir del patrón de respuestas manifestado en un conjunto de ítems da como resultado el rasgo latente, y, si se varía el conjunto de ítems utilizado, se mantiene la puntuación estimada, aunque hayan cambiado las propiedades de los reactivos (Attoresi et al., 2009).

A pesar de la emergencia de la TRI, la TC permanece siendo ampliamente utilizada debido a la familiaridad con sus conceptos básicos, la mayoría de las escalas disponibles, junto con sus descripciones, están basadas en los principios de la TC. Para ciertos instrumentos cuya obtención del puntaje global se basa en los procesos de la TC, sigue siendo una alternativa el uso de este enfoque para realizar los análisis estadísticos. Ciertos modelos más restrictivos en el uso de los tests terminan limitándose en sus aplicaciones debido a que no cuentan con las características que posee la TC, tales como la sencillez, claridad, flexibilidad de sus conceptos y simplicidad de sus supuestos y procedimientos (González y Suárez, 2016). Pero, tanto la TC como la TRI tienen el mismo objetivo: estimar el error que se comete al intentar medir un fenómeno psicológico específico. Ambas teorías plantean un modelo y un conjunto de supuestos, los cuales, cumpliéndose garantizan la precisión de la medida. Estos modelos se complementan en la práctica psicométrica para realizar un análisis más profundo y exhaustivo de la calidad y funcionamiento del test (Attoresi et al., 2009).

Como psicólogos, al construir o adaptar un test, se está en la obligación de asegurarse de que las puntuaciones sean precisas y con el menor índice posible de error. Aunque es prácticamente imposible controlar en su totalidad el error de medición, debido a que el comportamiento es variable, existen métodos que sí permiten reducirlo; tales como los lineamientos que se deben cubrir para la construcción o adaptación de un test y las recomendaciones para la aplicación y calificación de las pruebas. Finalmente, es necesario realizar los análisis estadísticos adecuados en la calificación de un test. Todos estos procesos se abordarán en esta tesis a partir de la teoría clásica de los test, por tratarse de un paradigma que goza de sencillez matemática (Muñiz, 1992) y constituye la base teórica de la medición en psicología. Asimismo, proporciona soluciones variadas a una amplia gama de problemas de medición, además de que sus supuestos son mínimos, otorgándole mucha flexibilidad en su uso (Crocker y Algina, 1986). Se puede concluir que para que un instrumento, de cualquier ciencia, pueda ser considerado adecuado y científico, debe contar con una capacidad máxima para captar el rasgo que pretende medir, así como con las características necesarias para disminuir el nivel de error. En psicometría, estos requisitos se logran cuando un instrumento de medición posee evidencia de confiabilidad y la validez (Aragón, 2004), propiedades psicométricas cuyas generalidades se describirán a continuación.

Confiabilidad

Para Aragón (2015, p. 60), la confiabilidad se refiere a la capacidad que tiene una medida de poder generalizarse a otras situaciones. Un instrumento sería confiable si permitiera obtener los mismos resultados al aplicarse varias veces. Sin embargo, en la psicología es difícil alcanzar niveles ideales de confiabilidad, dado que la conducta humana no siempre es consistente. Dicha

variabilidad se conoce como error de medición, el cual sería todo aquello que, como parte de la puntuación obtenida por el sujeto en la aplicación del instrumento, difiere de la puntuación verdadera. Cuanto más bajo sea este término de error, más alta será la confiabilidad, porque la puntuación obtenida por el sujeto se acercará más a su puntuación verdadera.

Entre los métodos para obtener la confiabilidad, el estándar de oro es la confiabilidad test-retest. Consiste en aplicar un instrumento a las mismas personas en dos ocasiones, estableciendo un periodo de días o incluso de semanas entre ambas. El coeficiente de confiabilidad es la correlación entre los resultados de los mismos sujetos en ambas aplicaciones del instrumento. A mayor confiabilidad, menor susceptibilidad de los resultados a los cambios en la condición cotidiana del sujeto examinado o por el entorno en el que se realiza la aplicación. Para el cálculo de la correlación entre los dos puntajes suele usarse con frecuencia el coeficiente de Spearman o de Pearson, además del intervalo en que se midió (Anastasi y Urbina, 1998).

Otro método es la confiabilidad de formas alternas, que permite evitar algunas de las dificultades de la confiabilidad test-retest (por ejemplo, las personas pueden memorizar las preguntas y responder de forma sesgada en la segunda aplicación). El método de formas alternas consiste en que las mismas personas pueden ser evaluadas de una manera en la primera vez, y de otra muy parecida (equivalente) en la segunda ocasión. La correlación entre ambas puntuaciones representaría el coeficiente de confiabilidad del test. En caso de contar con instrumentos de calificación subjetiva, se cuenta con el método de confiabilidad entre calificadores, el cual consiste en que dos o más examinadores califiquen, de forma independiente, el mismo rasgo psicológico. Los resultados obtenidos por los calificadores se correlacionan y el coeficiente obtenido es la medida de confiabilidad del calificador (Anastasi y Urbina, 1998).

A pesar de las ventajas de estos métodos, puede ser muy complicado tener dos muestras en tiempos diferentes, así como la posibilidad de que varios calificadores participen en momentos distintos de forma estandarizada. Por ello existe un procedimiento para calcular la confiabilidad cuando el instrumento solo se aplica una vez a una muestra, el cual se enfoca en conocer el grado en que los reactivos de un instrumento son consistentes entre sí para evaluar el constructo psicológico. El coeficiente resultante es la consistencia interna. Dicho de otra manera, los sujetos que poseen en gran medida el atributo medido por el instrumento obtendrán un puntaje alto en los reactivos del mismo; caso contrario con los sujetos que no poseen dicho atributo, ellos obtendrán puntajes bajos en los reactivos que lo midan. Para obtener la consistencia interna, el método más usado es el alfa de Cronbach (Aragón, 2015).

El coeficiente alfa de Cronbach funciona al considerarse como la media de todas las correlaciones que pudieran obtenerse al dividir la prueba en todas las posibles mitades. Sus valores oscilan entre 0 y 1. El 0 indica total ausencia de confiabilidad, mientras que el 1 representa una confiabilidad perfecta. Aunque, paradójicamente, en el caso que un instrumento obtuviese una confiabilidad de 1, no podría considerarse completamente adecuado, debido a que el comportamiento muestra altos niveles de variabilidad (no es totalmente consistente). Sin embargo, los valores que se aproximan a 1 dan cuenta de la confiabilidad adecuada del instrumento. Cabe mencionar que, el coeficiente alfa de Cronbach ha sido el más utilizado en la evaluación psicológica (Aragón, 2015).

Finalmente, otro método que permite obtener la confiabilidad de un instrumento con una sola aplicación de este es la división por mitades. El instrumento se divide en mitades equivalentes, obteniendo dos puntuaciones por persona, las cuales se correlacionan (mediante los coeficientes de correlación de Spearman o Pearson, si las respuestas son politómicas),

obteniendo una medida de consistencia interna (Anastasi y Urbina, 1998). En el supuesto que las respuestas de los ítems sean dicotómicas, se utiliza la fórmula Kuder-Richardson, partiendo del supuesto que ambas mitades son equivalentes (Aragón, 2015).

Validez

Un instrumento de medición es válido si permite cumplir el objetivo para el que fue creado, es decir, si mide el rasgo que tiene que medir. La validez de un instrumento concierne a su eficacia y lo que puede inferirse de los puntajes obtenidos en el mismo. El estudio de la validez de un instrumento corresponde a validar los datos que éste proporciona. Lo que se valida no es el instrumento en sí, sino la interpretación de los datos obtenidos, es decir, las inferencias que pueden deducirse de la ejecución por medio del instrumento. Hay particular interés en si la conducta mostrada en la situación de prueba es un reflejo de la conducta habitual del sujeto en un ambiente y condiciones naturales. Los tipos de validez más utilizados son la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo (Aragón, 2015).

Validez de contenido: tiene la finalidad de determinar si el instrumento cubre una muestra representativa del dominio de conductas que se desean estudiar, ya que el interés de un instrumento es poder generalizar los datos a la población (Aragón, 2015). Se introduce desde la elección de los reactivos apropiados para el instrumento, basándose en la teoría que les subyace. No existe un método que permita lograrla en su totalidad, pero existen procedimientos racionales que permiten incrementar la evidencia de la validez de contenido (Anastasi y Urbina, 1998). Un ejemplo claro de ello es el jueceo de expertos, que consiste en contar con un número de expertos que proponen los ítems o dimensiones que deben conformar el constructo de interés en función

de una teoría o evalúan los diferentes ítems que ya están creados según su relevancia y representatividad teórica (Bernal-García et al., 2018).

Validez de criterio: se obtiene al lograr que una escala se desempeña como se espera en relación con otras variables seleccionadas como criterio significativo de comparación. Estos criterios pueden incluir características demográficas, rasgos comportamentales, calificaciones obtenidas en otras escalas, diagnósticos, entre otras. La validez de criterio puede tomar dos formas: validez de pronóstico (o predictiva) y validez concurrente (Aragón, 2015).

Validez de pronóstico: es evaluada cuando el investigador recaba datos en la escala en un punto en el tiempo y datos sobre las variables de criterio en una ocasión futura (Malhotra, 2004). Si ambas mediciones logran una correlación elevada, entonces se puede decir que existe adecuada validez predictiva. Por ejemplo, durante el proceso de reclutamiento y selección en una empresa, a un candidato se le aplica una batería de tests psicométricos (en este caso, de inteligencia emocional) en la cual obtiene una puntuación elevada. Si después de un tiempo de laborar en la empresa, dicha persona demuestra comportamientos observables que podrían considerarse como indicadores de inteligencia emocional, se podría concluir que la batería de instrumentos psicométricos posee una elevada validez predictiva.

Validez concurrente: obtenida cuando existe una correlación elevada entre el rasgo que mide el instrumento en cuestión, con los puntajes del mismo rasgo medido con un criterio externo en el momento presente. Por ejemplo, suponiendo que se quiere evaluar la validez concurrente de una nueva prueba de inteligencia, así que ésta se aplica a un grupo de estudiantes y, a la par, se les aplica otra prueba de inteligencia previamente validada. Para afirmar que la nueva prueba de inteligencia goza de validez concurrente, las puntuaciones de ambas pruebas

deberían correlacionarse entre sí de forma positiva y fuerte, lo cual garantizaría que la puntuación en el constructo sería similar.

Validez de constructo: se basa en el significado psicológico del puntaje en un instrumento y en la explicación teórica de la ejecución del sujeto. Al indagar la validez de los constructos de las pruebas psicológicas, se busca saber qué propiedades psicológicas pueden explicar la varianza de esas pruebas, es decir, explicar las diferencias individuales observadas en las puntuaciones del instrumento. De esta manera, no se valida solamente la prueba psicológica, también se valida la teoría que la respalda (Kirsch y Guthrie, 1980). Por ende, el propósito de la validez de constructo es validar la teoría subyacente al instrumento. Los constructos son los que determinan cuáles conductas podrán seleccionarse para su observación y la situación en que se aplicará. Este tipo de validez indica en qué grado el instrumento es una medida adecuada del constructo para el que fue construido (Aragón, 2015). La validez convergente y divergente (o discriminante), son formas de añadir evidencia a la validez de constructo de un instrumento.

Validez convergente: comprende la relación entre el instrumento y las variables con las que, en teoría, debería correlacionarse. Por ejemplo, si se desea medir el constructo síntomas de trastornos alimentarios con un instrumento psicométrico, se sabe que hay otros constructos que están relacionados con ésta y en cierto punto se superponen, pero el objetivo es medir los síntomas de los trastornos alimentarios de forma aislada, a pesar de que los otros constructos se relacionen entre sí y con ésta. Es por ello que, si se pretende conocer la validez convergente del instrumento de síntomas de trastornos alimentarios, se le tendría que relacionar con algún constructo con el que, en teoría, debe correlacionar ya sea de forma positiva o negativa; en este ejemplo, la relación entre los síntomas de trastornos alimentarios y la depresión debería ser

positiva, mientras que se esperaría una relación negativa entre los síntomas de trastornos alimentarios y la autoestima.

Validez divergente: por otro lado, para demostrar la validez de constructo, no es suficiente garantizar que el instrumento tiene una correlación congruente con las variables que dicta la teoría, también debe demostrarse que no tiene relación significativa con variables con las que no existiría alguna asociación. Es ahí donde aparece la validez divergente, la cual hace referencia a la falta de correlación (o a la correlación muy débil) del instrumento a validar con aquellas variables con las que no guarda relación teórica (Anastasi y Urbina, 1998). Por ejemplo, la autoestima debería correlacionar de forma débil (o bien, de forma nula) con la edad (Eklund, 2018).

Finalmente, cabe mencionar el análisis factorial, que es el procedimiento estándar para obtener evidencia de validez de constructo de un instrumento, pues permite conocer con precisión si la estructura empírica de éste posee congruencia teórica. Existen dos tipos de análisis factorial, exploratorio y confirmatorio. El exploratorio se emplea para conocer la estructura de un test cuando no se tiene suficiente información sobre la estructura teórica del constructo que pretende medir. El confirmatorio se utiliza cuando ya existe evidencia acerca de un modelo teórico que subyace al instrumento, y lo que se desea es confirmar dicho modelo en poblaciones nuevas o indagar si éste se replica en una misma población (Anastasi y Urbina, 1998).

Otras propiedades psicométricas

Hay algunas pruebas que se han diseñado exclusivamente para establecer puntos de corte y diagnósticos. En estos casos, es conveniente estudiar su sensibilidad y especificidad. La sensibilidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un sujeto en función del constructo

psicológico reflejado en la prueba. Fernández y Díaz (2003, p. 2) plantean el ejemplo de una prueba que clasifica a cada paciente como sano o enfermo en función de un resultado positivo o negativo, un resultado positivo se asocia con la presencia de enfermedad y uno negativo con su ausencia. Aquí, la sensibilidad constituye la probabilidad de que un sujeto enfermo obtenga un resultado positivo; por lo tanto, es la capacidad del test para detectar la enfermedad.

La especificidad, por su parte, es la probabilidad de que el resultado de la prueba resulte negativo si la enfermedad está ausente, también puede definirse como la proporción de verdaderos negativos respecto al total de sujetos sanos (Ochoa y Orejas, 1999). Dicho de otra manera, la especificidad es la probabilidad de que el sujeto sano obtenga un resultado negativo (Fernández y Díaz, 2003). Constituye la proporción de verdaderos negativos que fueron correctamente identificados por el test del total de individuos sanos según el estándar de referencia. La especificidad comprende el cociente entre los verdaderos negativos dividido por la suma de verdaderos negativos y falsos positivos (Bravo-Grau y Cruz, 2015).

La sensibilidad y la especificidad son propiedades intrínsecas de los instrumentos psicológicos, debido a que no dependen de la probabilidad de prueba o prevalencia del fenómeno que se estudia. Poseen una utilidad pretest, ya que informan de la validez del test desde antes de realizarla. La sensibilidad considera la validez del test entre los enfermos, mientras que la especificidad, la validez del test entre los sanos (Ochoa y Orejas, 1999).

Conclusiones

El ser humano se ha interesado en medir y clasificar los atributos y rasgos, buscando obtener puntuaciones que sirvan como marco de referencia para los individuos. Tal como es el deseo de una disciplina científica, la psicología busca interpretar y predecir la conducta humana.

Para cumplir este propósito, necesita obtener parámetros de medición. La medición en la psicología se encarga de determinar el grado en que un atributo está presente en una persona, esto requiere una expresión numérica que pueda cuantificarse y represente las cantidades de los atributos. La medición trata la recolección de datos en términos de propósitos, operaciones y validez.

Una vez que se ha realizado la medición, mediante un instrumento con dicho propósito (un test psicológico), y se cuenta con suficientes datos recolectados, se analizan los resultados y se da sustento a la teoría, avanzando en el objetivo de comprender la conducta humana. Sin embargo, para considerar un instrumento como certero, eficaz y eficiente, debe cumplir con ciertas condiciones. En psicología se conocen como propiedades psicométricas y las más importantes son la confiabilidad y la validez. La confiabilidad corresponde a la estabilidad con la que un instrumento mide el constructo para el que fue concebido. Se interesa en que los resultados obtenidos por un individuo en su aplicación del instrumento no se vean alterados. La validez es necesaria para asegurarse que el instrumento realice la medición para la cual fue creado, concierte a su eficacia y la información que puede inferirse por su recolección de datos.

Contando con estos componentes esenciales para la medición, y tomando como base la teoría clásica de los tests, es que se fundamenta el propósito de esta investigación, la validación de un instrumento psicológico para medir la expresión de los principales síntomas de trastornos alimentarios a partir de un modelo teórico que se discutirá en el siguiente capítulo. Como con cualquier test psicológico, garantizar que la medición cuenta con los estándares necesarios es esencial para que los datos recolectados permitan llegar a conclusiones sólidas, producto de un sustento teórico y empírico.

Capítulo 2. La perspectiva del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales] (DSM-5 por sus siglas en inglés), los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se definen como, una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a un desbalance en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (APA, 2013). El DSM-5 proporciona los criterios diagnósticos para los siguientes trastornos alimentarios: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, trastornos alimentarios especificados y trastornos alimentarios no especificados.

Por su parte, para la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), los trastornos de la conducta alimentaria se agrupan en dos síndromes claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ambas en sus formas convencionales y atípicas. Además, existen dos categorías residuales: otros trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la conducta alimentaria sin especificación. En la onceava versión del CIE, cuyo uso oficial comenzará en el 2022, se anuncia que se integrarán nuevos diagnósticos, tales como el trastorno de atracones, el trastorno de ingesta de alimentos restrictivo de evitación, la pica, el trastorno de rumiación-regurgitación, otros trastornos específicos de la alimentación o alimentarios y trastornos de la alimentación o alimentarios no especificados (WHO, 2018).

Los trastornos alimentarios que han recibido mayor interés por parte de la investigación científica son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de Atracones (TA). La AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo acompañada de un miedo a subir de peso, lo cual propicia que el individuo restrinja la ingesta de alimentos, llegando así a presentar un peso significativamente bajo. La BN, por su parte, se manifiesta por episodios de

consumo excesivo de alimentos (atracones), seguido por conductas compensatorias (por ejemplo, vómito autoprovocado, laxantes o ejercicio excesivo) para minimizar o eliminar los efectos del exceso en la ingesta alimentaria. El TA se refiere a la aparición de episodios de ingesta compulsiva, esta ingesta es de una cantidad de comida excesiva en poco tiempo y la pérdida de control sobre la misma (APA, 2013). Aunque, debido a que se ha observado que muchas personas presentan algún tipo de síntomas de trastornos alimentarios sin cumplir completamente con los criterios de los trastornos anteriormente descritos, se crearon las categorías residuales (trastornos alimentarios especificados y trastornos alimentarios no especificados) (Fairburn y Cooper, 2011).

Los trastornos alimentarios son un grupo muy complejo de condiciones que engloba a otras entidades patológicas que, a pesar de compartir algunos atributos, varían respecto a sus expresiones físicas y psicológicas. Se caracterizan por su cronicidad y por la frecuente aparición de recaídas. El origen preciso de estas alteraciones sigue siendo controversial, aunque se sabe que son más frecuentes en mujeres y generalmente aparecen en la adolescencia o en la vida adulta; sin embargo, pueden existir antecedentes o incluso síntomas desde la infancia (García, 2014; Méndez et al., 2008).

A primera impresión, parecería que los trastornos alimentarios se originan a causa de factores individuales interiorizados, pero se ha observado que el entorno cultural y familiar influye en su aparición, por lo tanto, los orígenes de los trastornos alimentarios son multicausales. Los trastornos alimentarios son un problema cuya sintomatología principal incluye la conducta de comer, por ende, las consecuencias también se observan en el componente físico, tales como una alteración de los fluidos y electrolitos del cuerpo, daño dental por vomitar

repetidamente, dificultades cardíacas, afecciones respiratorias, deshidratación, anemia, problemas gastrointestinales, entre otros (Fairburn, 2008).

De acuerdo con lo que ha revelado la investigación científica, son diversos los factores que propician la aparición de los síntomas de trastornos alimentarios, por nombrar algunos se encuentran: la predisposición genética, la presión social, la interiorización de un ideal de delgadez como símbolo de belleza y éxito, la adhesión a los mensajes de los medios de comunicación, los entornos familiares distantes y con poca comunicación, el manejo inadecuado de las emociones, o la tendencia al perfeccionismo y la baja autoestima (Celis y Roca, 2011; Fairburn et al., 2003; García et al., 2009; González-Alonso et al., 2019; Portela et al., 2012).

Además del componente conductual, los trastornos alimentarios también entrañan un factor cognitivo altamente importante, la preocupación excesiva e insatisfacción por la imagen corporal, la cual aparece como resultado de la influencia de la cultura o familia, constituyendo un riesgo en la aparición de estrategias para alterar la figura y el peso; estos grupos sociales suelen fomentar la delgadez en mujeres y la musculatura en hombres, como ideal del éxito social. Teniendo esta interiorización del ideal corporal debido a las normas sociales, es muy probable que se presenten conductas de riesgo que, eventualmente, pueden conformar un trastorno alimentario (Fairburn, 2008).

No obstante, además de considerar los factores de riesgo, que constituyen por sí mismos un componente disfuncional importante, se sabe que los trastornos alimentarios frecuentemente se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. Se ha encontrado que las personas con síntomas de trastornos alimentarios padecen trastornos depresivos (Behar et al., 2007) y trastornos de ansiedad (Cruz-Sáez et al., 2013; González-Alonso et al., 2019; Portela et al., 2012) con mayor frecuencia que la población general. Asimismo, el trastorno de la personalidad evitativa y el

trastorno límite de la personalidad también se relacionan con los síntomas de trastornos alimentarios (Ezpeleta y Toro, 2014; Miller et al., 2019; Navarro-Haro et al, 2018; Shenoy y Kumar, 2019).

A pesar de que la prevalencia de los trastornos alimentarios no es elevada en la población general, sus consecuencias físicas y psicológicas han contribuido a que, en años recientes, se hayan posicionado como un problema de salud que merece ser estudiado y atendido urgentemente. En población general se ha observado que, a nivel mundial, la incidencia de la anorexia nerviosa es de 8 por cada millón de habitantes y hasta 270 casos por cada millón en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que la bulimia nerviosa tiene una incidencia estimada de 13 por cada 100,000 habitantes (Hoek, 2006; Keski-Rahkonen, et al., 2007). En cuanto al sexo, se sabe que la prevalencia de AN y de BN es sustancialmente diferente entre hombres y mujeres, con una proporción de 1:10 (Moreno y Ortíz, 2009; Pineda-García et al., 2017; Unikel et al., 2018). En México se realizó una encuesta a nivel nacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales, entre los cuales, se indagó sobre los trastornos alimentarios. En dicha encuesta se reportó una prevalencia de 1.8% de bulimia nerviosa en las mujeres y de 0.8% en los hombres de entre 18 y 65 años (Medina-Mora et al, 2003).

¿Cuál es la diferencia entre el enfoque categorial y el dimensional de los trastornos alimentarios?

Tanto el DSM como la CIE utilizan un sistema categorial de clasificación y diagnóstico, el cual incluye el agrupamiento de signos y síntomas en categorías delimitadas. Estos manuales tienen la finalidad de identificar trastornos específicos, con un desarrollo y pronóstico. En el caso de los trastornos alimentarios, incluyen un esquema de clasificación mutuamente excluyente,

esto quiere decir que, durante un episodio, solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. Dentro de las principales ventajas de este modelo categorial se encuentran la facilidad de su uso, ya que contar con diagnósticos delimitados ayuda en la decisión de aceptar o rechazar opciones de tratamiento. También facilita la comunicación entre los profesionales de la salud y provee indicaciones sobre el pronóstico de cada condición (Hernández-Guzmán et al., 2019).

Sin embargo, una crítica frecuente a este sistema de clasificación ha surgido tras someter a prueba la validez de esta conceptualización categorial, puesto que los síntomas no necesariamente se agrupan como lo señala dicha categorización (Fairburn et al., 2003). Como un intento de solución a este problema se crearon las categorías residuales. Sin embargo, aunque la prevalencia de estos diagnósticos debería ser menor, en algunos estudios se ha encontrado que son el diagnóstico más común dentro de los trastornos alimentarios (Eddy et al., 2010; Fairburn y Cooper, 2011). El incremento de las categorías diagnósticas en cada nueva versión del DSM y la CIE ha traído como consecuencia la creación de más tratamientos dirigidos a cada uno de los nuevos diagnósticos (Echeburúa, 2014).

Además de las limitaciones anteriores, la investigación empírica ha revelado que entre las principales deficiencias del modelo categorial se encuentran la comorbilidad (posibilidad de que un paciente reciba más de un diagnóstico a la vez), la migración entre diagnósticos (un individuo con cierto diagnóstico, migre a otro debido a un leve cambio en su sintomatología) y la cobertura inadecuada (que se refiere a la existencia de grupos de síntomas que no se incluyen en los manuales de diagnóstico, como es el caso del *atración subjetivo*, que se refiere a aquel episodio en el cual no se considera que la cantidad de comida ingerida sea excesiva *no es objetivamente abundante*, pero el paciente señala una sensación de pérdida de control) (Bulik et al, 2007; Echeburúa et al., 2014; Keel et al., 2013;).

Gracias a la evidencia científica acerca del uso de la clasificación categorial, podemos deducir que el uso de este sistema de clasificación mediante diagnósticos no se adapta completamente a los fenómenos que se observan en la realidad. Ello conlleva dificultades en la investigación (como las que se mencionaron anteriormente), y también en la práctica clínica (incluyendo la comorbilidad). Por ejemplo, si se presenta un caso que no cumple con todos los criterios de las categorías diagnósticas, pero el terapeuta trata de ajustar la sintomatología de su paciente a un diagnóstico tipificado porque así lo marcan sus guías de tratamiento, podría cometer el grave error de no examinar los elementos individuales del consultante y abordarlo como si padeciera un trastorno que no tiene en realidad (Cuthbert, 2014; Fairburn et al., 2003; Kotov et al., 2017; Wildes y Marcurs, 2013).

Una clasificación es un proceso de organización por medio del cual se reduce la complejidad de una parte de la realidad, ordenándose en categorías según un tipo de criterios previamente establecidos (Andrade, 2003). El enfoque categorial se creó con base en un modelo médico que utiliza un método tradicional para establecer categorías precisas de propiedades claramente definidas, tratando de definir la ausencia o presencia de un problema de salud (en este caso, de un problema alimentario). Se ha sugerido que esta clasificación es reduccionista y, tras observar el conjunto de limitaciones de esta perspectiva categorial, surge la necesidad de tomar en cuenta otros paradigmas (Widakowich, 2012).

Diversos autores han propuesto que la perspectiva dimensional es una mejor alternativa para explicar los síntomas de trastornos alimentarios (Castellini et al., 2011). Dicha perspectiva refleja con mayor precisión la manifestación de los síntomas, al conceptualizar la salud psicológica como un continuo entre la adaptabilidad y la disfuncionalidad, a diferencia del modelo categorial, cuyos diagnósticos se basan en un modelo de presencia-ausencia de síntomas

(Hernández-Guzmán, 2012). En años recientes se ha observado que los modelos dimensionales de los síntomas de trastornos alimentarios presentan un mejor ajuste a la realidad que la conceptualización categorial (Forbush et al., 2010; Forbush et al., 2016; Ivanova et al., 2015; Ivanova et al., 2015).

Dentro de la psicología, se entiende por dimensión al conjunto de magnitudes que sirven para definir un fenómeno psicológico (Hernández-Guzmán et al., 2011). Dado este enfoque dimensional, los síntomas de trastornos alimentarios se estudian en función del grado en que se presentan; las dimensiones en las cuales se manifiestan las conductas suponen una continuidad entre la anormalidad y la normalidad; y a través de datos empíricos se cuantifican y distinguen entre sí (Widiger y Samuel, 2005). Una ventaja de la perspectiva dimensional es que permite el estudio de las dimensiones básicas de los trastornos alimentarios sin excluir participantes por no cumplir con los indicadores de un trastorno alimentario tradicional. Tal es el caso de la dimensión insatisfacción corporal (Laporta-Herrero et al., 2020), que agrupa una serie de síntomas de problemas alimentarios que se presentan desde la infancia (Contreras-Valdez et al., 2016).

Las dimensiones son trans-nosográficas, dado que no son específicas a una categoría diagnóstica, los fenómenos psicopatológicos no son exclusivos de un solo síndrome, sino están presentes en varias categorías diagnósticas (Mellor y Aragona, 2009). Un diagnóstico realizado mediante el enfoque dimensional puede distribuirse según diferentes grados de intensidad a lo largo de un eje continuo (Widakowich, 2012). Este enfoque facilita la asignación de los casos atípicos, no sólo por un determinado número de criterios, sino también por la expresión de estos, por lo que promueve y permite obtener una visión global del conjunto de síntomas, poniéndolos

en relación con el contexto de su manifestación y de su intensidad (Lemos, 1997; García-Moratalla y Pérez-Argilas, 2000).

¿Qué es la teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios?

Ante los múltiples problemas de evaluación y tratamiento asociados con el enfoque categorial de los síntomas de trastornos alimentarios, surgió la teoría del transdiagnóstico. Esta teoría, sustentada en la perspectiva dimensional de la psicopatología, se ha posicionado como un nuevo enfoque científico prometedor (Forbush et al, 2017; Sandín et al., 2012). Planteada originalmente por Fairburn et al. (2003), propone que existen dimensiones medulares que subyacen a los trastornos o diagnósticos, los cuales simplemente serían pequeñas variaciones de estas dimensiones más amplias (Barlow et al., 2011). La hipótesis de la existencia de una dimensión común permitiría suponer que un tratamiento dirigido a ésta podría resultar eficaz para abordar cualquier trastorno alimentario, conciliando así un tratamiento unificado que podría ser más eficaz y efectivo, en comparación a desarrollar un tratamiento independiente para cada categoría diagnóstica. Este tratamiento se conoce como tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios y se basa en el modelo de intervención cognitivo conductual (Fairburn et al, 2003).

La teoría del transdiagnóstico argumenta que a los trastornos alimentarios les subyace una dimensión psicológica común conocida como *psicopatología alimentaria nuclear*, la cual se conforma por indicadores de preocupación excesiva por el peso, la figura corporal y la comida. Esta psicopatología nuclear sería la responsable de la presencia de cualquier trastorno alimentario y, por ende, el tratamiento debería ir enfocado a ésta (Fairburn et al., 2003).

A su vez, se ha identificado la presencia de cuatro factores que influyen en el desarrollo del núcleo de la psicopatología alimentaria: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los estados de ánimo y las dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003). El perfeccionismo clínico corresponde a un esquema disfuncional de autoevaluación, en el cual la valía personal es juzgada principalmente por los esfuerzos destinados a alcanzar objetivos en ocasiones exageradamente elevados, y el éxito al conseguirlos. En otros estudios también se ha sugerido que el perfeccionismo funge como un factor de riesgo para la aparición de los síntomas de trastornos alimentarios (Bardone-Cone et al, 2007; Jacobi et al., 2004; Lilenfield et al., 2006).

La baja autoestima es la existencia de una autoimagen negativa permanentemente vista como parte de la propia identidad de una persona. Ésta dificulta el cambio, ya que crea una sensación de desesperanza sobre la capacidad y determinación de la persona para conseguir logros en áreas importantes para ella. En el caso de los síntomas de trastornos alimentarios, la baja autoestima influye en el control sobre la ingesta, el peso y la figura corporal; y es considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de conducta alimentaria (Godoy, 2014; Herbozo et al, 2015; Naeimi et al, 2016).

La intolerancia a los cambios en el estado de ánimo se refiere a la incapacidad de reconocer y aceptar los cambios en los estados afectivos, tratando de modular el estado anímico mediante conductas que llegan a ser desadaptativas, tales como autolesiones o consumo de sustancias psicoactivas. Por último, se sabe que algunos pacientes con trastornos alimentarios han presentado importantes problemas en sus relaciones interpersonales (por ejemplo, familia, amigos o pareja), lo cual influye en la aparición del trastorno, ya que, con la finalidad de modular el estado de ánimo negativo derivado de dichos problemas, pueden recurrir a atracones, vómitos y ejercicio físico intenso (Fairburn et al., 2003).

Actualmente, existen diversos estudios que apoyan la hipótesis de la existencia del núcleo de la psicopatología alimentaria. El tratamiento transdiagnóstico ha resultado eficaz en diferentes poblaciones, tanto en su versión dirigida únicamente a la psicopatología alimentaria nuclear, como en aquella que también trata de modificar los cuatro predictores (Agras et al., 2017; Christian et al., 2019; Curzio et al., 2018; De Jong et al., 2016; DuBois et al., 2017; Fairburn, et al., 2015; Fairburn et al., 2009; Kothari et al., 2019; Poulsen et al., 2014; Puttevils et al., 2019; Thompson-Brenner et al., 2018).

El primer estudio experimental que sometió a prueba la eficacia del tratamiento transdiagnóstico y, por ende, sus postulados teóricos, fue el que realizaron Fairburn et al. (2009). Su objetivo era comparar dos tratamientos cognitivo-conductuales, creados con base en la teoría del transdiagnóstico, para pacientes con trastornos alimentarios. Un tratamiento se enfocó solamente en rasgos de los síntomas de trastornos alimentarios, mientras que el otro fue más complejo, pues además de abordar los rasgos ya mencionados, también se dirigió a los cuatro factores predictores, a saber, intolerancia emocional, perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades interpersonales. La investigación se realizó con 154 pacientes con trastornos alimentarios durante 20 semanas. Ambos tratamientos transdiagnósticos fueron adecuados para la mayoría de los pacientes.

Debido a la eficacia que inicialmente mostró el tratamiento transdiagnóstico, diversos autores continuaron con esta línea de investigación. Por ejemplo, Christian et al. (2019) examinaron los síntomas, comorbilidades y factores de riesgo transdiagnósticos en 332 adolescentes (14-17 años), antes y después de realizar su intervención. Los resultados demostraron que, usando un enfoque transdiagnóstico en la intervención, la sintomatología de los

trastornos alimentarios disminuyó, además de apoyar en la prevención de condiciones comórbidas.

En una muestra clínica de 132 adultos diagnosticados con un trastorno alimentario, se evaluó la eficacia del tratamiento transdiagnóstico de corte cognitivo conductual. Este tratamiento se implementó durante 20 sesiones semanales a la mitad de los participantes. La otra mitad recibió el tratamiento usual que se ofrecía en el instituto en el que estaban siendo tratados. El tratamiento transdiagnóstico fue exitoso, pues se observó que la autoestima en estas personas aumentó, siendo este un factor subyacente a los trastornos alimentarios, también disminuyeron. Los autores sugieren que este éxito podría proveer una mejor alternativa a los tratamientos basados en un diagnóstico, debido a que da la oportunidad de ofrecer tratamiento a trastornos severos con menos recursos, incrementando la accesibilidad de cuidado especializado para pacientes con trastornos alimentarios (De Jong et al., 2016).

En otro estudio, Kothari et al. (2019) realizaron una intervención vía Internet de corte cognitivo conductual para tratar, con base en la teoría del transdiagnóstico, el perfeccionismo clínico, ya que este influía significativamente en el desarrollo de diversos tipos de psicopatología, tales como los trastornos alimentarios y los del espectro obsesivo compulsivo. Mediante una selección aleatoria, un grupo experimental de 62 pacientes fue expuesto a la intervención durante 12 semanas. Los resultados demostraron un decremento de síntomas de los trastornos alimentarios y de trastornos obsesivos compulsivos. Además de impactar en los síntomas de todos los diagnósticos, el tratamiento logró incrementar la autoestima, así como disminuir la intolerancia a la incertidumbre y el miedo a la autocompasión.

El tratamiento transdiagnóstico, a su vez, ha mostrado mayor eficacia, en menor tiempo, en comparación con protocolos basados en otros modelos teóricos. Poulsen et al. (2014)

realizaron una comparación de la terapia psicoanalítica y la cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa. 70 pacientes con bulimia nerviosa se asignaron a ambos tratamientos. Un grupo recibió dos años de terapia psicoanalítica semanal, mientras que el otro asistió a 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual (tratamiento transdiagnóstico) durante cinco meses. Aunque ambos enfoques demostraron mejoría, 42% de los pacientes del grupo de terapia cognitivo-conductual habían eliminado sus conductas de atracones y purgas; contra un menor 5% de los pacientes de psicoanálisis que llegaron a los mismos resultados en un número significativamente mayor de sesiones.

En una comparación sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual de tipo transdiagnóstico contra la terapia interpersonal, se demostró que el enfoque transdiagnóstico cognitivo-conductual da una mejor intervención para la mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios (Fairburn, 2015). En años recientes, a este protocolo se le siguen aumentando mejoras, como la implementación de la tecnología con la terapia mediante conexión a Internet y mediante el uso de aplicaciones (Agras et al., 2017).

En el caso de los estudios no experimentales, DuBois et al. (2017) examinaron mediante un análisis de redes, la asociación entre la sobrevaloración de la figura y el peso con los síntomas de los trastornos alimentarios; con la finalidad de validar el modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios. Concluyeron que la sobrevaloración del peso y la figura eran un componente central de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. Asimismo, en un estudio en una muestra de 732 pacientes con trastornos alimentarios, Puttevils et al. (2019) demostraron la interacción entre la baja autoestima y el perfeccionamiento clínico con la psicopatología alimentaria nuclear.

Adicionalmente, Curzio et al. (2018) realizaron un estudio para comparar la validez de la perspectiva orientada al diagnóstico de los trastornos alimentarios, contra la teoría del transdiagnóstico, en una muestra de 419 niños y adolescentes con trastornos alimentarios. Se evaluó la presencia de los cuatro factores predictores (baja autoestima, perfeccionismo, problemas interpersonales e intolerancia a los estados de ánimo) así como de la preocupación excesiva por el peso y la figura corporal. Los resultados señalaron que, en los pacientes con trastorno de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno alimentario no especificado, existían dimensiones subyacentes de carácter transdiagnóstico.

Debido a la validez que ha mostrado la teoría del transdiagnóstico dentro de los síntomas de trastornos alimentarios, el grupo de David Barlow ha creado una línea de investigación sobre la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico dirigido a los desórdenes emocionales. Sus resultados han permitido desarrollar un protocolo unificado que ha mostrado ser eficaz para diversos trastornos de ansiedad, depresión y problemas somáticos, apoyando la noción de que la salud psicológica depende menos de la frecuencia de las emociones negativas, y más en cómo uno se relaciona con estas emociones cuando aparecen (Barlow et al., 2017; Sauer-Zavala et al., 2012; Thompson-Brenner et al., 2018).

Conclusiones

Los trastornos alimentarios han estado presentes en un amplio sector de la población, con diferentes maneras de manifestarse y de afectar la vida de quienes los presentan. Actualmente se reconocen, mediante el DSM-5, ocho trastornos dentro de esta categoría, al igual que en las versiones preliminares de la CIE-11. Sin embargo, las diferencias entre cada diagnóstico no son claras en la práctica y, por lo tanto, este modelo categorial trae deficiencias como la creación de

categorías residuales, la comorbilidad, la migración entre diagnósticos, la cobertura inadecuada y múltiples sesgos en la intervención.

Como se ha señalado a lo largo de este capítulo, los modelos dimensionales de la psicopatología alimentaria han logrado ofrecer una explicación con mayor validez sobre los trastornos alimentarios. La teoría del transdiagnóstico, que toma en cuenta el modelo categorial, pero le ofrece una explicación dimensional basada en investigación empírica, ha permitido identificar los factores que subyacen a los problemas alimentarios y, por ende, diseñar un tratamiento unificado para sus diferentes manifestaciones (Fairburn et al., 2003).

Debido al respaldo empírico con el que cuenta dicha teoría, tanto en la intervención como en el diagnóstico, es necesario contar con instrumentos de evaluación que se fundamenten en sus postulados teóricos con el propósito de fortalecer la investigación científica dentro del estudio de los problemas alimentarios. Con esta finalidad, el siguiente capítulo se enfocará en describir las generalidades de un instrumento de evaluación de los síntomas de trastornos alimentarios que se ha desarrollado dentro de la teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios y, actualmente, es uno de los más utilizados a nivel internacional, el *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire* (EDE-Q, por sus siglas en inglés; Fairburn y Beglin, 1994). Además, se presentará una revisión de literatura de investigación de las propiedades psicométricas del EDE-Q en una población en la que se ha detectado de forma importante la presencia de problemas alimentarios, la población universitaria.

Capítulo 3. Validez y confiabilidad del Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q) en población universitaria

Psicopatología alimentaria en población universitaria

La adolescencia y primera juventud constituyen fases del ciclo de vida en las cuales los jóvenes se enfrentan a múltiples situaciones que aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental y, entre estos, se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, constituyendo el tercer tipo de psicopatología más común en la adolescencia y primera juventud (Amaya-Hernández et al., 2017). El paso a la universidad es especialmente difícil, pues además de las exigencias académicas cada vez más grandes, así como las múltiples responsabilidades adquiridas, los universitarios están sujetos a diversos problemas sociales a consecuencia de la importancia que le otorgan a la figura estética, el cuerpo y la dieta. Por lo que se les ha considerado como una población de alto riesgo y vulnerable a los trastornos alimentarios (González-Carrascosa et al., 2013; Sáenz et al., 2011; Sepúlveda et al., 2004).

Se sabe que más del 60% de los estudiantes universitarios se perciben de forma errónea sobreestimando su índice de masa corporal (IMC). En comparación con los hombres, las mujeres presentan mayores complicaciones en esta evaluación subjetiva, así como en otros fenómenos dentro del área de los síntomas de trastornos alimentarios (Alcazar et al., 2011; Pino et al., 2010; Soto et al., 2015). Por ejemplo, en población universitaria, se encontró que las mujeres mostraban mayor preocupación por el peso y la imagen corporal, así como mayor insatisfacción corporal que los hombres. En consecuencia, las mujeres recurren más frecuentemente a la realización de dietas restrictivas como método para alcanzar lo que consideran el “peso ideal”, lo que estéticamente se ve bien; y, por lo tanto, encontrándose en mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (Escolar-Llamazares et al., 2017).

En la sociedad actual, un área de sumo interés es la relación cuerpo-alimentación, la cual se ha transformado por las influencias culturales que favorecen los cambios en las conductas alimentarias por medio de los valores estéticos que exigen tener extremo cuidado con la calidad y la cantidad de los alimentos. Esto tiene la finalidad de que el cuerpo refleje una acentuada delgadez y tonificación corporal tanto en mujeres como en hombres, provocando insatisfacción corporal en muchos casos. Esta idealización hace que la mayoría de los universitarios experimente una comparación constante entre su cuerpo con el modelo estético generalizado, lo cual, a menudo, altera su estado mental. Prueba de ello es la alta incidencia de dietas y métodos para la disminución del peso corporal, llegando al desarrollo de diversos tipos de síntomas de trastornos alimentarios (Ballester et al., 2002; Girard et al., 2018; Mancilla et al., 2009; Ramme et al., 2016; Vázquez et al., 2000; Vázquez et al., 2010).

Las características sociodemográficas de la población universitaria sugieren que existen casos de síntomas de trastornos alimentarios en un mayor porcentaje al de la población general. En países occidentales industrializados, la frecuencia de los trastornos alimentarios ha sido mayor durante las últimas tres décadas y la edad de inicio se ha hecho cada vez más temprana en la población universitaria (Fandiño et al., 2007). Existe un aumento en la sintomatología asociada con los trastornos alimentarios durante periodos de ansiedad exacerbada (como el periodo de exámenes finales durante la universidad), tal como lo corroboraron Gómez et al. (2010) en una universidad de Valladolid, España; donde comprobaron que, en una muestra de 251 universitarios, hubo un aumento de 30% de casos con síntomas asociados a la anorexia nerviosa (además del uso de laxantes como medida de control de peso) cuando se acercaba su etapa de exámenes, en comparación con un periodo de menor ansiedad. Un estudio realizado en universidades de Brasil, India y México (en la Universidad Nacional Autónoma de México),

reportó altas cifras de prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes de medicina (Ponce et al., 2017).

Factores asociados

La población universitaria está constantemente sujeta a cambios sociológicos y culturales de gran relevancia. Muchos estudiantes se separan del núcleo familiar, convirtiéndose en responsables de su alimentación, así como de la organización de la compra de alimentos y la organización de un horario de comidas; lo que puede propiciar hábitos disfuncionales en su alimentación, por ejemplo, optar por la comida rápida baja en nutrientes y alta en contenido calórico, pasar largos periodos sin comer, consumir sustancias nocivas y descuidar su propia salud y relaciones sociales (Martínez-González et al., 2014). De hecho, en el ámbito universitario son comunes los problemas afectivos (Juárez, 2019; Juárez y Silva, 2019), como las crisis depresivas, el estrés o la ansiedad, mismos que constituyen factores de riesgo para desarrollar o mantener trastornos alimentarios (Fandiño et al., 2007).

Otro factor por considerar son las redes sociales, definidas como sitios web en Internet donde las personas publican y comparten todo tipo de información, personal y profesional, con terceras personas, conocidos y absolutos desconocidos (Celaya, 2008). Su relación con los trastornos alimentarios se ha comenzado a estudiar más recientemente, ya que éstas juegan un papel muy importante en el incremento de los síntomas de trastornos alimentarios en los universitarios, debido a que los exponen constantemente al modelo estético corporal de la delgadez y tonificación corporal, causando insatisfacción corporal (Lozano, 2012). Además, las redes sociales han permitido crear y compartir diferentes espacios virtuales donde se alienta a los

usuarios a practicar conductas de bulimia y de anorexia, brindándoles un carácter aceptable y hasta benéfico (Lozano, 2012; Sámano, 2013).

¿Qué es el EDE-Q?

El *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire* (EDE-Q), creado en la universidad de Oxford (Fairburn y Beglin, 1994), es un cuestionario de autoinforme compuesto por 28 ítems, de los cuales 22 están graduados en una escala de respuesta con siete opciones y seis se encuentran en formato de respuesta abierto. Todas las respuestas se interpretan de la misma forma, a mayor puntaje, mayor sintomatología de trastornos alimentarios. Desde su creación en 1994, se han propuesto diferentes versiones del EDE-Q, siendo la versión más reciente la 6.0 (Fairburn, 2008), cuya estructura factorial se integra por los mismos cuatro factores que incluía la versión original (Fairburn y Beglin, 1994), a saber: dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por el peso y preocupación por la figura. Actualmente, es una de las medidas más utilizadas en el mundo para medir, de forma dimensional, los principales síntomas de trastornos alimentarios (Rand-Giovannetti et al., 2020).

El EDE-Q surgió como una adaptación de la *Eating Disorder Examination* (EDE), la cual es una entrevista estructurada elaborada por Cooper y Fairburn (1987) para contribuir al diagnóstico diferencial de los trastornos alimentarios. No obstante, la línea de investigación del EDE-Q se ha insertado en la teoría del transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003), a pesar de que no fue creado con esta base teórica, pues posibilita medir la psicopatología alimentaria nuclear (preocupación por comer, por el peso y por la figura), así como algunas conductas de atracón y restricción alimentaria.

Validez y confiabilidad del EDE-Q en estudiantes universitarios

El EDE-Q se ha mostrado válido y confiable en diferentes poblaciones, como es el caso de la población clínica (Allen et al., 2011; Barnes et al., 2012; Unikel et al., 2018) y la población general (Aardoom et al., 2012; Byrne et al., 2010; Calugi et al., 2016; Carey et al., 2019; Carrard et al., 2014; Chan y Leung, 2015; Darcy et al., 2013; Mantilla et al., 2017; Friborg et al., 2013; Isomma et al., 2016; Jennings y Phillips, 2016; Machado et al., 2017; Peterson et al., 2007). Sin embargo, en esta tesis se presentará una revisión de los estudios que han indagado acerca de las propiedades psicométricas del EDE-Q en población de universitarios, por tratarse de un grupo de personas que se encuentran en riesgo de presentar trastornos alimentarios (Fandiño et al., 2007; Martínez-González et al., 2014).

A continuación, se presenta una revisión de artículos de investigación que han indagado acerca de la confiabilidad y validez del EDE-Q en población universitaria (Tabla 1).

Tabla 1

Estudios del EDE-Q en población universitaria

Autores y año /país	Propósito	Participantes	Confiabilidad	Validez	Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y/o análisis Factorial Confirmatorio (AFC)	Observaciones
Allen et al. (2011)/ Australia	Comparar 5 modelos en muestras clínicas y comunitarias: a) 4 factores (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Peterson et al., 2007; Waller, 2006), c) 2 factores (Becker et al., 2009), d) 1 factor (Pennings y Woiciechowski, 2004), e) un factor compuesto por 8 ítems (Byrne et al., 2010; Wade et al., 2008).	Muestra de 228 mujeres con trastornos alimentarios (16-76 años, $M = 26.02$). Muestra de 211 mujeres universitarias (17-50 años, $M = 21.03$).	En la muestra con trastornos alimentarios, el alfa de Cronbach (α) del puntaje global del EDE-Q fue de .93, y de .95 en la muestra universitaria.	No se reporta	AFE: el modelo con el ajuste más aceptable fue el breve (8 ítems) de un solo factor. En la muestra con trastornos alimentarios: RMSEA = .17; GFI = .86; AGFI = .74; NFI = .94; CFI = .94. En la muestra universitaria: RMSEA = .18; GFI = .85; AGFI = .71; NFI = .95; CFI = .95.	A pesar de que el modelo breve de un factor presentó el mejor ajuste, sus índices no permiten considerarlo como adecuado. Una limitación del estudio es haber utilizado una muestra compuesta solamente por mujeres.
Barnes et al. (2012) / Reino Unido	Comparar 3 modelos: a) unidimensional, b) 2 factores (Fairburn y Beglin, 1994), c) 3 factores (Peterson et al., 2007).	Muestra (n = 569) compuesta de 403 universitarios sin trastornos alimentarios y 166 participantes con trastornos alimentarios. De la muestra universitaria y clínica, respectivamente el 91,8% y 95,8% fueron mujeres. No se reporta la edad de los participantes.	Modelo de Peterson et al. (2007) ($\alpha = .96$).	No se reporta.	AFE: el modelo de Peterson et al. (21 ítems) fue el que presentó mejor ajuste con el programa AMOS: $\chi^2/g1 = 4.67$; CFI = 86; RMSEA = .08 Con el método robusto en el programa EQS, presentó mejores índices: CFI = .96 y NFI = .95.	El modelo de Peterson presentó un mal ajuste, los autores tuvieron que usar otro método (y otro programa estadístico) para apoyar la validez del modelo, lo cual no resulta tan apropiado. Otra limitación es que únicamente presentan dos índices (RMSEA y CFI en el primer análisis; y CFI y NFI en el segundo).
Carey et al., (2019) / Reino Unido	1) Proveer normas del EDE-Q respecto a la estructura original de 4 factores. 2) Comparar 4 modelos en mujeres:	1) Muestra de 1075 universitarios, 851 mujeres (17-29 años; $M = 19.77$) y 224 hombres (17-30 años; $M = 20.34$).	Se obtuvo un $\alpha = .950$ en mujeres y $\alpha = .942$ en hombres, en la puntuación global. En las subescalas se obtuvieron	No se reporta.	AFE: ningún modelo presentó un ajuste adecuado, por lo que, se decidió realizar un AFE y, después, evaluar la estructura resultante mediante otro AFC.	Una fortaleza de este estudio es haber utilizado una muestra mixta. Además de contar con un AFE y dos AFC. Se demuestra que el modelo original de Fairburn y Beglin

	<p>a) 4 factores (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Peterson et al., 2007; Waller, 2006), c) 2 factores (Becker et al., 2013), d) unidimensional (Pennings y Woiciechowski, 2004).</p>	<p>2) Muestra de 653 universitarios, 489 mujeres (18-37 años; $M = 22.16$) y 164 hombres (18-33 años; $M = 22.86$). 3) Muestra de 731 no universitarios: 561 mujeres (18-58 años; $M = 32.68$) y 170 hombres (18-61 años; $M = 34.39$).</p>	<p>coeficientes alfa de Cronbach adecuados para mujeres ($\alpha = .784-.913$) y hombres ($\alpha = .745-.921$).</p>		<p>AFE: Se obtuvieron 3 factores para mujeres (M; 18 ítems) y para hombres (H; 16 ítems). Factor 1: preocupaciones por la figura y por el peso (M: 49.67% de la varianza; 9 ítems) (H: 48.97% de la varianza; 8 ítems). Factor 2: preocupación por comer (M: 9.62% de la varianza; 6 ítems) (H: 9.84% de la varianza; 5 ítems). Factor 3: restricción (M: 6.98% de la varianza; 3 ítems) (H: 8.57% de la varianza; 3 ítems).</p> <p>AFC para el modelo derivado anteriormente; en universitarios (con modificaciones en los términos de error). Para mujeres: $\chi^2/df = 3.13$; RMSEA = .66; GFI = .923; AGFI = .890; TLI = .948; CFI = .964. Para hombres: $\chi^2/df = 2.27$; RMSEA = .088; GFI = .864; AGFI = .811; TLI = .853; CFI = .911.</p>	<p>(1994) no presentó un buen ajuste.</p>
<p>Chan y Leung (2015) / China</p>	<p>Validar una versión online del EDE-Q y comparar 5 modelos: a) 4 factores (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Peterson et al., 2007; Waller, 2006), c) 2 factores (Becker et al., 2009), d) unidimensional (Pennings y Woldechowski, 2004), e) unidimensional</p>	<p>Muestra de 310 universitarios (18-26 años; $M = 20.75$), 168 mujeres y 142 hombres.</p>	<p>El modelo breve de un factor (Wade et al., 2008) mostró excelente confiabilidad ($\alpha = 0.93$).</p>	<p>Se correlacionó el EDE-Q con las características nucleares de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (SCOFF) y con la insatisfacción corporal (BSQ). Modelo breve del EDE-Q en mujeres (SCOFF ρ rho = .44; BSQ ρ rho = .75). Modelo breve del EDE-Q en hombres (SCOFF ρ rho = .30; BSQ ρ rho = .64).</p>	<p>El modelo con mejor ajuste fue el breve de un factor. Para la muestra total: $\chi^2/df = 9.99$; RMSEA = .17; NFI = .89; IFI = .90; TLI = .86; CFI = .90. Para la muestra de mujeres: $\chi^2/df = 5.50$; RMSEA = .16; NFC = .91; IFI = .93; TLI = .90; CFI = .93. Para la muestra de hombres: $\chi^2/df = 5.58$; RMSEA = .18; NFI = .81; IFI = .84; TLI = .77; CFI = .84.</p>	<p>Si bien se usó una población de mujeres y hombres, se recomienda, como mínimo, una muestra de más de 200 participantes para realizar el AFC (Kline, 2005).</p>

	breve (Wade et al., 2008).					
Darcy et al., (2013) / Estados Unidos	Explorar la estructura factorial del EDE-Q en una muestra grande de atletas, además de comparar la población de atletas con la de no atletas.	Un total de 1637 participantes (18-26 años), provenientes de dos muestras distintas. 1) Muestra de atletas universitarios ($n = 976$), 544 mujeres (18-26 años; $M = 20.63$) y 432 hombres (18-26 años; $M = 21.03$). 2) Muestra de no atletas universitarios ($n = 658$), 429 mujeres (18-26 años; $M = 21.01$) y 229 hombres (18-26 años; $M = 20.90$).	No se reporta.	No se reporta.	AFC: el modelo original de 4 factores presentó un mal ajuste. Debido a esto, se decidió obtener una estructura factorial directamente de este estudio mediante AFE. AFE: se obtuvo una solución de 3 factores para mujeres no atletas y 2 para hombres no atletas. Mujeres: Factor 1: restricción por comer y evitación de la comida (52.98% de la varianza). Factor 2: preocupación por comer (8.92% de la varianza). Factor 3: dieta restrictiva (7.45% de la varianza). Hombres: Factor 1: restricción por comer y evitación de la comida (49.23% de la varianza). Factor 2: preocupación por comer (10.83% de la varianza). AFC del modelo de 4 factores, solo para la muestra de universitarias latinas: GFI = 0.97; CFI = 0.99; RMSEA = 0.12.	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó buen ajuste en ninguna de las muestras. La aplicación del EDE-Q se realizó en línea. La estructura factorial hallada en esta muestra con AFE, no se sometió a prueba mediante AFC.
Franko et al., (2012) / Estados Unidos	Estudiar las propiedades psicométricas del EDE-Q, así como de otros instrumentos de problemas alimentarios, para un grupo de mujeres latinas en riesgo de padecer un trastorno alimentario.	Muestra de 173 universitarias latinas ($M = 19.8$) y de 129 universitarias caucásicas ($M = 19.1$). En ambas muestras la edad osciló entre 18-24 años.	EDE-Q global ($\alpha = .92$). Se obtuvo una correlación interclase (ICC) de .97 en el test-retest.	No se reporta		El modelo de 4 factores se evaluó con los 36 ítems de las primeras versiones del EDE-Q. Presentó un ajuste moderado, pues el RMSEA es demasiado alto. Únicamente participaron mujeres.
Giovazoliaz et al.	1) Examinar las propiedades psicométricas de la	Dos muestras.	Modelo de Peterson et al. (2007) ($\alpha = .92$).	Relación de la escala global del G-EDE-Q con la escala global de actitudes	AFC:	Una limitación del estudio es que solo incluyó mujeres.

(2013) / Grecia	versión griega del EDE-Q (G-EDE-Q). 2) Comparar los siguientes modelos: a) una sola dimensión, b) 4factores (Fairburn y Beglin, 1994), c) 3 factores (Hilbert et al., 2007), d) 3factores (Peterson et al., 2007).	1)500 mujeres universitarias (17-44 años; $M = 20.55$). 2)164 mujeres universitarias (18-45 años; $M = 20.90$).		alimentarias EAT-26 ($r = .67$), con la escala de insatisfacción corporal BSQ ($r = .88$) y con la escala global de autoestima ($r = .34$). Todas fueron significativas, ($p < .01$) Validez predictiva: Se usó el EAT-26 como criterio, el EDE-Q predice la presencia y la ausencia de problemas alimentarios en un 86.6%.	Se observó que el mejor ajuste lo presentó el modelo de 3 factores de Peterson et al. (2007): GFI = .98; AGFI = .98; TLI = .97; SRMR = .07.	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó un buen ajuste.
Grilo et al., (2015) / Estados Unidos	Someter a prueba, en población universitaria, 3 modelos: a) 4 factores (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Grilo et al., 2015), c) modelo breve de 4 factores (Hrabosky et al., 2008).	Muestra de 801 universitarios; 573 mujeres y 228 hombres (18-47 años; $M = 20.0$).	Se reporta la consistencia interna para las subescalas del modelo de 3 factores y 7 ítems (Grilo et al., 2015): a) restricción ($\alpha = .894$), b) figura-peso ($\alpha = .916$), c) insatisfacción corporal ($\alpha = .915$).	Validez convergente mediante las siguientes relaciones (todas fueron significativas, $p < .01$): Restricción con depresión ($r = .151$) y con autoestima ($r = .096$). Sobrevaloración de la figura y el peso con depresión ($r = .2111$) y con autoestima ($r = .198$). Insatisfacción corporal con depresión ($r = .246$) y con autoestima ($r = .254$).	AFC: el modelo de 3 factores de Grilo et al., (2015) fue el que presentó mejor ajuste: CFI = .992; TLI = .984; RMSEA = .054; SRMR = .009.	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó un buen ajuste. El modelo propuesto por Grilo et al. (2015) presentó un muy buen ajuste. A partir de este estudio se le comenzó a investigar con mayor frecuencia.
Machado et al. (2018) / Portugal	Someter a prueba en 3 muestras (mujeres de preparatoria; mujeres universitarias; y mujeres y hombres de población clínica) dos estructuras factoriales del EDE-Q: a) 4 factores (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Grilo et al., 2015).	1) Muestra de 2026 estudiantes mujeres de bachillerato (12-23 años; $M = 16.2$). 2) Muestra de 2091 universitarias (17-58 años; $M = 21.7$). 3) Muestra clínica de 609 participantes con trastornos alimentarios; 592 mujeres y 17 hombres (11-61 años; $M = 23.8$).	Para las dos muestras no clínicas en conjunto ($n = 4117$): Dieta restrictiva ($\alpha = .844$). Sobrevaloración de la figura y el peso ($\alpha = .904$). Insatisfacción corporal ($\alpha = .897$). Para la muestra clínica: Dieta restrictiva ($\alpha = .861$).	Validez concurrente: Curva ROC para evaluar la capacidad de discriminación, usando como criterio la entrevista clínica EDE (<i>Eating Disorder Examination</i>). Se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de .81 (IC 95% = .79-.83).	AFC: el modelo de Grilo et al. (2015) fue el de mejor ajuste, tanto en la muestra no clínica de mujeres (RMSEA = .55; CFI = .993; TLI = .986) como en la muestra clínica de mujeres y hombres (RMSEA = .061; CFI = .991; TLI = .983).	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó un buen ajuste. El modelo de Grillo et al. (2015) presentó nuevamente un buen ajuste en una muestra tanto clínica como no clínica.

Penelo et al. (2012) / España	Examinar la consistencia interna y validez convergente del EDE-Q en hombres universitarios españoles, y comparar los resultados con los obtenidos previamente en muestras universitarias de mujeres españolas y hombres americanos. Evaluar el ajuste del modelo original (Fairburn y Beglin, 1994).	269 hombres universitarios (18-30 años; $M = 23.3$).	Sobrevaloración de la figura y el peso ($\alpha = .914$). Insatisfacción corporal ($\alpha = .886$). Puntaje global del EDE-Q ($\alpha = .91$).	Validez convergente: Se aplicaron instrumentos para medir insatisfacción corporal (BSQ), búsqueda de la delgadez (EDI-DT), síntomas de bulimia (EDE-B) e insatisfacción corporal (EDE-B), obteniendo las siguientes relaciones (todas fueron significativas, $p < .01$): Restricción con BSQ ($r = .30$). Preocupación por comer con BSQ ($r = .59$), EDI-DT ($r = .78$), EDE-B ($r = .67$) y EDI-BD ($r = .27$). Preocupación por el peso con BSQ ($r = .68$), EDI-DI ($r = .69$), EDI-B ($r = .50$) y EDI-BD ($r = .48$). Preocupación por la figura con BSQ ($r = .77$), EDI-DT ($r = .64$), EDI-B ($r = .45$) y EDI-BD ($r = .41$). No se reporta.	AFC: el modelo original propuesto por Fairburn y Beglin (1994) mostró un ajuste no aceptable: RMSEA = .064; CFI = .87; TLI = .85.	Una fortaleza de este estudio es haber utilizado una muestra de hombres, aunque la muestra ($n = 269$) es pequeña. A pesar de que los autores mencionan que el modelo de Fairburn mostró un ajuste adecuado, los índices CFI (.87) y TLI (.85) no apoyan esta afirmación.
Rand-Giovanetti et al. (2020) / Estados Unidos	Evaluar y comparar 12 modelos que incluían los 22 ítems y 9 modelos breves en una muestra de universitarios mujeres y hombres. Modelos breves: a) 1 factor (Wade et al., 2013), b) los 4 modelos de Darcy et al. (2013), c) 3 factores (Grilo et al., 2015) d), 3 factores (Hrabosky et al., 2008), e) 4 factores (Parker et al., 2015,	940 universitarios, de esta cifra, el 69.9% fueron mujeres, 29.6% hombres y 0.1% otros, (16-48) años; $M = 20.34$).	No se reporta.	No se reporta.	AFC: de los 12 modelos con todos los ítems, el de mejor ajuste fue el de Friborg et al. (2013) de 4 factores. RMSEA = .077; TLI = .944; CFI = .951.	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó un buen ajuste. En el análisis de los modelos breves, el modelo de Parker et al. (2015, 2016) fue el que demostró el mejor ajuste, además de proponer un modelo alternativo que no elimina tantos ítems de los propuestos por Fairburn y Beglin (2008), otorgando un mayor sustento teórico.

	2016), f) 4 factores (Kilem et al., 2016). También se evaluó la invariancia entre sexos.				RMSEA = .057; TLI = .977; CFI = .982.	
Serier et al. (2018) / Estados Unidos	Examinar el ajuste de 8 modelos, a) 4 factores (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Peterson et al., 2007), c) 3 factores (Grilo et al., 2015), d) 2 factores (Becker et al., 2010), e) 2 factores (Penelo et al., 2013), f) 1 factor (citado en Allen et al., 2011), g) 1 factor (Allen et al., 2011), h) 1 factor breve (Byrne et al., 2010).	561 universitarias (18-40 años, $M = 20.11$), 59.9% caucásicas y 40.1% hispanas.	Puntaje global del EDE-Q ($\alpha = .95$) en mujeres caucásicas. En mujeres hispanas ($\alpha = .95$).	No se reporta.	AFC: el mejor modelo fue el de Grilo et al. (2015), el cual resultó invariante en la muestra de mujeres caucásicas e hispanas, respectivamente (CFI = 1.00, 1.00; TLI = 1.00, .099; RMSEA = .080, .010; WRMR = .038, .058).	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó un buen ajuste. Mientras que el modelo de Grilo et al. (2015) fue el que presentó el mejor ajuste de todos. Sin embargo, de acuerdo con los valores del RMSEA, los modelos no presentan un ajuste apropiado, especialmente en la muestra de mujeres caucásicas. Sólo participaron mujeres.
Unikel et al. (2018) / México	Proveer datos de la validez de constructo del EDE-Q en mujeres universitarias y pacientes con diagnóstico de trastornos alimentarios. Evaluar el ajuste de 3 modelos: a) original (Fairburn y Beglin, 1994), b) 3 factores (Grilo et al., 2015), c) 1 factor (Wade et al., 2008).	Muestra de 330 universitarias (16-41 años, $M = 19.3$). Muestra clínica de 165 mujeres con trastorno alimentario (13-47 años, $M = 22.0$).	En el modelo de Grilo et al. (2015), en la muestra de mujeres universitarias ($\alpha = .90$). En la subescala de restricción, sobrevaluación de la figura y peso, e insatisfacción corporal, respectivamente, se observó adecuada consistencia interna ($\alpha = .78$, $\alpha = .88$ y $\alpha = .90$).	No se reporta.	AFC: el modelo de Grilo et al. (2015) fue el de mejor ajuste en 3 análisis distintos y presentó invariancia factorial en las muestras: Mujeres universitarias: CFI = .99; TLI = .97; RMSEA = .08; SRMR = .02. Mujeres con trastorno alimentario: CFI = .99; TLI = .98; RMSEA = .06; SRMR = .04. Muestra combinada: TLI = .98; RMSEA = .07; SRMR = .02. CFA para el modelo original de 4factores (Fairburn y Beglin, 1994): RMSEA = .078; SRMR = .083; CFI = .953, TLI = .946.	El modelo original de Fairburn y Beglin (1994) no presentó un buen ajuste. Nuevamente, se encontró soporte empírico del modelo de Grilo et al. (2015). Este estudio se realizó con mujeres provenientes de una universidad y de un solo grado escolar por lo que estos resultados no pueden generalizarse a toda la población universitaria.
Villarroel et al. (2011) / España	Examinar la consistencia interna y la validez convergente de la versión española del EDE-Q, así como proveer normas de	708 universitarias (18.3-30.9 años, $M = 22.0$).	Puntaje del EDE-Q global ($\alpha = .95$).	Se aplicaron instrumentos para medir insatisfacción corporal (BSQ) y búsqueda de delgadez (EDE-2). Las 4 subescalas del EDE-Q tuvieron correlaciones		Este es el único estudio que ha apoyado, de forma parcial, la validez del modelo original de 4factores (Fairburn y Beglin, 1994). Solo participaron mujeres.

calificación para
mujeres universitarias.

positivas con la insatisfacción
corporal ($r = .73-.89$) y con la
búsqueda de delgadez ($r = .72-
.79$).

Nota: EDE-Q = Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire; BSQ = Body Shape Questionnaire; χ^2 = ji cuadrada; p = probabilidad asociada; gl = grados de libertad; α = alfa de Cronbach; RMSEA = raíz del error medio cuadrático de aproximación; IC = intervalo de confianza; SRMR = raíz media cuadrática residual; CFI = índice de ajuste comparativo; NNFI = índice de ajuste no normalizado; TLI = índice de Tucker-Lewis; GFI = índice de bondad de ajuste; AGFI = índice de bondad de ajuste ajustado.

Conclusión

Se revisaron 14 artículos de investigación que evaluaron la confiabilidad y validez del EDE-Q en estudiantes universitarios. Es posible concluir, en términos generales, que el EDE-Q es un instrumento cuya confiabilidad y validez se han visto respaldadas en población universitaria de ocho países (Australia, Reino Unido, China, Estados Unidos, Grecia, Portugal, España y México). Con respecto a la confiabilidad, se ha observado que el método más usado es el alfa de Cronbach, el cual ha permitido observar valores que oscilan entre .74 y .96.

Sobre la validez, existen varios estudios que han aportado pruebas sobre la validez de criterio (correlaciones positivas del EDE-Q con otros instrumentos que miden otras clases de síntomas de trastornos alimentarios, como la insatisfacción corporal y la búsqueda de la delgadez; y mediante curvas ROC de sensibilidad y especificidad, que garantizan su capacidad para identificar casos con y sin sintomatología de trastornos alimentarios). Asimismo, el EDE-Q posee validez convergente al relacionarse de forma positiva con la depresión y la baja autoestima.

Sin embargo, el principal problema del EDE-Q se observa en su estructura factorial, dado que el modelo original de Fairburn y Beglin (1994) de cuatro factores (dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por el peso y preocupación por la figura) no muestra un buen ajuste en la mayoría de las investigaciones que lo han evaluado. Es por ello que en distintos estudios se ha recurrido a estudiar otros modelos de medida, y los que más evidencia tienen son los modelos breves. Dentro de estos modelos breves, el que ha mostrado un buen ajuste en el mayor número de estudios es el de Grilo et al. (2015), el cual consiste en siete ítems que se agrupan en tres factores (restricción, preocupación por figura-peso e insatisfacción corporal). Este modelo mostró un buen ajuste en el único estudio que se ha realizado en población

universitaria en México (Unikel et al., 2018), de hecho, fue superior al del modelo original de cuatro factores propuesto por los autores del EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). Sin embargo, este modelo elimina muchos de los ítems, quedándose únicamente con siete, lo cual disminuye significativamente su validez de contenido.

Por otro lado, en el estudio que comparó el ajuste de diferentes modelos breves (incluido el de Grilo et al., 2015) en población universitaria de mujeres y hombres, se encontró que el modelo de Parker et al. (2015) mostró los índices de ajuste absolutos más bajos. Por lo tanto, sería relevante continuar evaluando la validez de este modelo, el cual consiste en 14 ítems agrupados en cuatro factores (dieta restrictiva, preocupación por comer, sobrevaloración de la figura y el peso, y preocupación por la apariencia).

También cabe resaltar que los estudios realizados con estudiantes universitarios se han hecho, en su mayoría, solamente con mujeres, y en aquellos casos en los que también han incluido hombres, la brecha entre la frecuencia de participantes de cada sexo es muy grande, observándose que usualmente la cantidad de mujeres duplica la de hombres. Por lo tanto, fortalecer la investigación de las propiedades psicométricas del EDE-Q en población universitaria es una asignatura pendiente.

Método

Planteamiento del problema

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, posicionándose como un problema de salud mental frecuente en la adolescencia y primera juventud (Yeo y Hughes, 2011). Dentro de los múltiples factores que predicen su aparición, se ha identificado el ser estudiante universitario, debido a que en los estudiantes universitarios incrementa considerablemente la preocupación por mantener una imagen corporal acorde con los ideales estéticos y, por ende, se realizan múltiples comportamientos con el propósito de alcanzar dicha imagen (Martínez-González et al., 2014).

Si bien el modelo categorial de la psicopatología es el principal referente que ha permitido el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria (Hernández-Guzmán et al., 2019), se ha encontrado que los modelos dimensionales han explicado con mayor validez el amplio espectro de los trastornos alimentarios (Castellini et al., 2011; Forbush et al., 2017; Ivanova et al., 2015; Wildes y Marcus, 2013). Un instrumento altamente utilizado para medir los trastornos alimentarios desde una perspectiva dimensional es el Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q), creado por Fairburn y Beglin, 1994, el cual es un cuestionario de autoinforme compuesto por 28 ítems. Se han elaborado varias versiones desde su publicación original, siendo la más reciente la 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008), cuya estructura factorial, supuestamente, se integra por 22 ítems agrupados en cuatro dimensiones: dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por el peso y preocupación por la figura. Actualmente, es una de las medidas más utilizadas en el mundo para medir los principales síntomas de los trastornos alimentarios (Rand-Giovannetti et al., 2020).

La confiabilidad y validez del EDE-Q en población universitaria se ha demostrado en países como Australia, Reino Unido, China, Estados Unidos, Grecia, Portugal, España y México (Allen et al., 2011; Barnes et al., 2012; Carey et al., 2019; Chan y Leung, 2015; Darcy et al., 2013; Franko et al., 2012; Giovazoliaz et al., 2013; Grilo et al., 2015; Machado et al., 2018; Penelo et al., 2012; Rand-Giovanneti et al., 2020; Serier et al., 2018; Unikel et al., 2018; Villarroel et al., 2011). En dichos estudios, el método más usado para obtener la confiabilidad es el alfa de Cronbach, mediante el cual se han observado valores que oscilaron entre .74 y .96.

El EDE-Q ha demostrado tener validez de criterio, al presentar correlaciones positivas con otros instrumentos que miden indicadores de los trastornos alimentarios, tales como la insatisfacción corporal (Chan y Leung, 2015; Giovazoliaz et al., 2013; Penelo et al., 2012; Villarroel et al., 2011) y la búsqueda de la delgadez (Penelo et al., 2012; Villarroel et al., 2011). Igualmente, posee validez convergente por relacionarse de forma positiva con la depresión y la baja autoestima (Giovazoliaz et al., 2013; Grilo et al., 2015). Dentro de las limitaciones de estos estudios, se puede observar que, en su mayoría, únicamente participaron mujeres; y en aquellos en los que sí participaron mujeres y hombres, la diferencia entre sexos era significativa. No obstante, el principal problema del EDE-Q concierne a su estructura factorial, dado que el modelo original de cuatro factores de Fairburn y Beglin (1994), el cual se sigue proponiendo en la versión 6.0 del EDE-Q (Fairburn y Beglin, 2008), no ha mostrado un buen ajuste en las investigaciones que lo han evaluado (Serier et al., 2018). En contraparte, un modelo breve propuesto por Grilo et al. (2015), ha mostrado buen ajuste en diferentes estudios (Machado et al., 2018; Rand-Giovanneti et al., 2020; Serier et al., 2018). Este modelo está compuesto por siete ítems distribuidos en tres factores (dieta restrictiva, sobrevaloración de la figura y el peso e insatisfacción corporal). La evidencia que ha arrojado la literatura de investigación internacional

no es muy diferente a las que ha ofrecido la única investigación en México realizada con estudiantes universitarios; donde el modelo de Grilo et al. (2015) presentó buen ajuste, pero fue un estudio realizado únicamente con mujeres de un solo grado escolar, dificultando que sus resultados puedan generalizarse (Unikel et al., 2018).

A pesar de la evidencia que se ha encontrado en su favor, el modelo de Grilo ha recibido críticas importantes, entre las que destaca su falta de validez de contenido, pues tiene una reducción sustancial de ítems (de 22 a 7) y no contempla uno de los factores originales del modelo de Fairburn y Beglin (2008), la preocupación por comer. Tales razones llevaron a Parker y sus colaboradores (Parker et al., 2015; 2016) a indagar acerca de otras posibles estructuras factoriales, encontrando un modelo de 14 ítems, distribuidos en cuatro factores: dieta restrictiva, preocupación por comer, sobrevaloración de la figura y el peso, y preocupación por la apariencia. Dicho modelo se derivó de dos estudios con muestras de personas que eran candidatos para cirugía bariátrica. Sin embargo, en un estudio reciente con población de universitarios mujeres y hombres (Rand-Giovannetti et al., 2020), el modelo de Parker mostró un buen ajuste, incluso mejor que el de Grilo et al. (2015). A diferencia de dicho modelo, el de Parker perdería menos información, al contar con 14 ítems en vez de 7, pero lo más importante, permitiría medir la dimensión de preocupación por comer, dimensión que se ha caracterizado como un elemento transdiagnóstico en los trastornos alimentarios (Fairburn et al., 2003).

Por consiguiente, esta investigación tuvo como propósito principal conocer la confiabilidad y validez del EDE-Q en una muestra de universitarios, tanto hombres como mujeres, de la Zona Metropolitana del Valle de México. Con respecto a la validez, se indagará acerca del ajuste de dos modelos de medida, el de Fairburn y Beglin (2008), y el de Parker et al. (2016). Del modelo que resulte con mejor ajuste, se evaluará la validez convergente al

relacionarlo con tres constructos con los que los trastornos alimentarios mantienen relación teórica, a saber, influencia del modelo estético corporal, depresión y adicción a redes sociales.

Estos constructos fueron seleccionados por su relación con los trastornos alimentarios durante la etapa universitaria. Por ejemplo, el modelo estético corporal comúnmente impuesto por la sociedad sobre los universitarios tiene ideales de belleza física que demandan cada vez un cuerpo más delgado o con mayor masa muscular, incrementando los trastornos alimentarios (Vázquez et al, 2010). La depresión es un problema también frecuente en los universitarios, quienes no necesariamente reciben el apoyo institucional suficiente para tratar su sintomatología depresiva (Juárez, 2019); se ha encontrado que existe una relación positiva entre los trastornos alimentarios y los síntomas de depresión (Behar et al., 2007; Vega et al., 2009). Igualmente, las redes sociales juegan un papel importante en el incremento de los trastornos alimentarios, ya que exponen constantemente a los jóvenes al modelo estético corporal de la delgadez y tonificación corporal (Lozano, 2012).

Para obtener la confiabilidad se calculará el estadístico alfa de Cronbach.

Pregunta de investigación

- ¿El EDE-Q es un instrumento válido y confiable para medir los principales indicadores de los trastornos alimentarios, en población mexicana universitaria de mujeres y hombres, en la Zona Metropolitana del Valle de México?

Objetivo general

- Evaluar la validez y confiabilidad del EDE-Q en población mexicana universitaria de mujeres y hombres de la Zona Metropolitana del Valle de México.

Objetivos específicos

- Conocer cuál de los dos modelos de medida del EDE-Q presenta el mejor ajuste, el de Fairburn y Beglin (2008) o el de Parker et al. (2015).
- Conocer la validez convergente del EDE-Q, al relacionarlo con tres constructos: influencia del modelo estético corporal, depresión y adicción a redes sociales.
- Obtener la consistencia interna global del EDE-Q y de sus factores.

Hipótesis

- El modelo de medida de Parker et al. (2016) de cuatro factores (dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por la apariencia, y preocupación por la figura y el peso), mostrará el mejor ajuste, en mujeres y hombres por separado.
- El modelo de medida del EDE-Q presentará validez convergente, al correlacionar de forma positiva con los constructos influencia del modelo estético corporal, depresión y adicción a redes sociales.
- Los factores del modelo de medida del EDE-Q, así como su puntuación global, mostrarán una consistencia interna adecuada ($\alpha > .70$).

Participantes

Participaron 981 estudiantes inscritos en 20 universidades públicas y 9 privadas de la Zona Metropolitana del Valle de México, de los cuales 542 eran mujeres (18-47 años de edad; $M= 20.87$, $DE = 2.65$) y 439 hombres (18-45 años de edad; $M= 21.28$, $DE = 2.96$). La muestra inicial se integró por 1100 estudiantes, de los cuales se eliminó el 10.82 % (119 cuestionarios) debido a que no respondieron los cuestionarios en su totalidad (ver Criterios de eliminación), conformando la muestra final de 981.

A continuación, en la Tabla 2 se presentan las características de la muestra para cada

sexo.

Tabla 2

Características de los participantes

Universidad	Pública o privada	Alcaldía o Municipio	Carrera	Mujeres	Hombres
Barra Nacional de Abogados	Privada	Álvaro Obregón	Derecho	1 (0.2%)	0 (0.0%)
Escuela Superior de Educación Física	Pública	Iztacalco	Educación Física	1 (0.2%)	0 (0.0%)
IPN CIECAS	Pública	Miguel Hidalgo	Maestría en Metodología de la Ciencia	1 (0.2%)	0 (0.0%)
IPN ESCA Santo Tomás	Pública	Miguel Hidalgo	Comercio Internacional	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Negocios Internacionales	1 (0.2%)	1 (0.2%)
			Relaciones Comerciales	1 (0.2%)	0 (0.0%)
IPN ESCA Tepepan	Pública	Xochimilco	Relaciones Comerciales	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Negocios Internacionales	0 (0.0%)	3 (0.7%)
			Turismo	2 (0.4%)	0 (0.0%)
IPN Escuela Superior de Turismo	Pública	Gustavo A Madero	Turismo	2 (0.4%)	0 (0.0%)
IPN ESIA Ticomán	Pública	Gustavo A Madero	Ingeniería Geológica	0 (0.0%)	1 (0.2%)
IPN UPIICSA	Pública	Iztacalco	Administración Industrial	3 (0.6%)	3 (0.7%)
			Ciencias de la Informática	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Ingeniería en Transporte	1 (0.2%)	4 (0.9%)
			Ingeniería Industrial	5 (0.9%)	7 (1.6%)
			Maestría	1 (0.2%)	0
			Relaciones Comerciales	0 (0.0%)	1 (0.2%)
IPN ENMH	Pública Gustavo A Madero	Gustavo A Madero	Medicina	0 (0.0%)	1 (0.2%)
Tecnológico de Monterrey (campus CDMX)	Privada	Tlalpan	Derecho	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Diseño	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Psicología Clínica y de la Salud	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Relaciones Internacionales	1 (0.2%)	0 (0.0%)
UAM Iztapalapa	Pública	Iztapalapa	Letras Hispánicas	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Administración	0 (0.0%)	1 (0.2%)
UAM Xochimilco	Pública	Xochimilco	Administración	2 (0.4%)	0 (0.0%)
			Biología	0 (0.0%)	1 (0.2%)
			Comunicación Social	7 (1.3%)	4 (0.9%)
			Economía	0 (0.0%)	1 (0.2%)
			Enfermería	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Estomatología	0 (0.0%)	2 (0.5%)

			Estudios de la mujer	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Diseño Gráfico	0 (0.0%)	1 (0.2%)
			Ingeniería en Agronomía	0 (0.0%)	1 (0.2%)
			Medicina	0 (0.0%)	2 (0.5%)
			Medicina Veterinaria y Zootecnia	1 (0.2%)	2 (0.5%)
			Planeación Territorial	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Política y Gestión Social	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Psicología	14 (2.6%)	7 (1.6%)
			Química Farmacéutica Biológica	6 (1.1%)	2 (0.5%)
UNAM Facultad de Artes y Diseño	Pública	Xochimilco	Diseño y Comunicación Visual	1 (0.2%)	0 (0.0%)
UNAM Facultad de Ciencias Políticas y Sociales	Pública	Coyoacán	Relaciones Internacionales	1 (0.2%)	3 (0.7%)
			Ciencias de la Comunicación	0 (0.0%)	1 (0.2%)
			Sociología	1 (0.2%)	0 (0.0%)
UNAM Facultad de Filosofía y Letras	Pública	Coyoacán	Letras Hispánicas	1 (0.2%)	0 (0.0%)
UNAM Facultad de Medicina	Pública	Coyoacán	Médico Cirujano	3 (0.6%)	4 (0.9%)
UNAM Facultad de Odontología	Pública	Coyoacán	Odontología	0 (0.0%)	1 (0.2%)
UNAM Facultad de Psicología	Pública	Coyoacán	Psicología	1 (0.2%)	1 (0.2%)
UNAM Facultad de Química	Pública	Coyoacán	Química Farmacéutica Biológica	1 (0.2%)	2 (0.5%)
			Química	0 (0.0%)	1 (0.2%)
UNAM FES Acatlán	Pública	Naucalpan de Juárez	Ciencias Políticas y Administración Pública	23 (4.2%)	33 (7.5%)
			Economía	16 (3.0%)	29 (6.6%)
			Relaciones Internacionales	26 (4.8%)	18 (4%)
UNAM FES Aragón		Nezahualcóyotl	Derecho	136 (25.1%)	113 (25.7%)
			Ingeniería Eléctrico Electrónica	1 (0.2%)	6 (1.4%)
			Ingeniería Industrial	1 (0.2%)	9 (2.1%)
			Ingeniería en Computación	0 (0.0%)	2 (0.5%)
			Ingeniería Mecánica	0 (0.0%)	3 (0.7%)
			Relaciones Internacionales	2 (0.4%)	0 (0.0%)
			Sociología	4 (0.7%)	7 (1.6%)
UNAM FES Zaragoza	Pública	Zaragoza	Biología	27 (5.0%)	31 (7.0%)
			Especialización en Farmacia Industrial	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Ingeniería Química	2 (0.4%)	0 (0.0%)
			Médico Cirujano	1 (0.2%)	0 (0.0%)

			Química	125 (23.1%)	78 (17.7%)
			Farmacéutica		
			Biológica		
UNITEC Campus Sur	Privada	Iztapalapa	Relaciones Internacionales	1 (0.2%)	0 (0.0%)
UNITEC Campus Los Reyes	Privada	Los Reyes Acaquilpan	Enfermería	34 (6.3%)	11 (2.5%)
			Fisioterapia	8 (1.5%)	5 (1.1%)
			Negocios Internacionales	1 (0.2%)	0 (0.0%)
			Nutrición	1 (0.2%)	1 (0.2%)
Universidad Chapultepec	Privada	Benito Juárez	Psicología	38 (7.0%)	12 (2.7%)
Universidad de Londres	Privada	Cuauhtémoc	Psicología	20 (3.7%)	8 (1.8%)
Universidad Latina Campus Sur	Privada	Coyoacán	Contaduría y Gestión Financiera	6 (1.1%)	13 (3.0%)
Universidad del Claustro de Sor Juana	Privada	Cuauhtémoc	Gastronomía	0 (0.0%)	1 (0.2%)
Universidad Humanitas Campus los Reyes	Privada	Los Reyes Acaquilpan	Psicología	0 (0.0%)	1 (0.2%)
			Total	542 (100%)	439 (100%)

Criterios de inclusión

- Tener una edad de 18 años o más.
- Ser estudiante universitario y estar inscrito en una universidad pública o privada de la Zona Metropolitana del Valle de México.
- Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Encontrarse en algún estado inconveniente que les permitiera responder apropiadamente los instrumentos (por ejemplo, estado de ebriedad, algún tipo de intoxicación, presentar alguna enfermedad o afección física).
- Reportar y/o presentar cualquier dificultad para comprender los cuestionarios de forma óptima.

Criterios de eliminación

- No responder los instrumentos en su totalidad.
- Decidir abandonar el estudio.

Consideraciones éticas

Antes de responder la batería de cuestionarios, a los participantes se les pidió que leyeran y firmaran un consentimiento informado (Anexo 1) en el que se especificaban los alcances de la investigación, así como los principios de confidencialidad y anonimato. Se les aclaró también que su participación era totalmente voluntaria y libre de coerción, y que podían abandonar el estudio en el momento que lo decidieran sin ninguna repercusión. La investigación se apejó en todo momento a los principios enmarcados en el Código de Ética del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) y los lineamientos éticos de la *American Psychological Association* (Ethical principles of psychologists and Code of Conduct [Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta]) (APA, 2012). Al término del estudio, se ofreció a los participantes la opción de brindar su número telefónico o su correo electrónico, usando un alias o una clave propuestos por ellos mismos, con el propósito de recibir una invitación posterior (Anexo 2) para participar en un protocolo de psicoeducación sobre trastornos alimentarios, el cual se está diseñando en el laboratorio E-209, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio instrumental. Tal como señalan Carretero-Dios y Pérez (2005), es el procedimiento adecuado para la validación de un instrumento de medición.

Instrumentos

- *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire* (EDE-Q 6.0) (Fairburn y Beglin, 1994; Fairburn et al., 2009). Se usó la versión traducida del idioma original (con previa autorización de los autores originales) y adaptada a población mexicana. En el artículo en preparación de Contreras-Valdez, et al, (2020), se detalla la información sobre el proceso de adaptación, validación y traducción del EDE-Q. Cuenta con 22 ítems, los cuales miden diversos indicadores de los trastornos alimentarios, con una escala de respuesta tipo Likert con 7 opciones. Los análisis de confiabilidad y validez de este instrumento se presentan en la sección de resultados de esta tesis, por tratarse de su propósito principal.
- Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC), elaborado por Toro et al., 1994), adaptado y validado en población mexicana por Vázquez et al. (2000). La versión para mujeres cuenta con 35 ítems, mientras que la de hombres con 29. Ambas versiones cuentan con una escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta. La versión para mujeres tiene 4 subescalas: influencia de la publicidad ($\alpha = .92$), malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso ($\alpha = .86$), influencia de los modelos sociales ($\alpha = .75$), e influencia de las relaciones sociales ($\alpha = .63$); mientras que la escala global cuenta con una consistencia interna $\alpha = .94$. La versión para hombres tiene 5 subescalas: influencia de la publicidad ($\alpha = .84$), influencia de la figura de delgadez ($\alpha = .68$), malestar con la imagen corporal ($\alpha = .71$), influencia de la figura musculosa ($\alpha = .69$), e influencia de las relaciones sociales ($\alpha = .60$); la escala global cuenta con una consistencia interna de $\alpha = .90$. En esta investigación, se obtuvo el alfa de Cronbach de las 4 subescalas de la versión de mujeres, el cual mostró valores de .88, .87, .74 y .76 respectivamente; para la escala global, el alfa de Cronbach fue de .92. En

- la versión para hombres, el alfa de Cronbach de las 5 subescalas fue de .79, .68, .76, .71 y .65 respectivamente; la consistencia interna para todo el instrumento fue de .87.
- Escala de depresión del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida (IMADIS-D) (Jurado et al., 2017). Cuenta con 15 ítems con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Tiene 3 subescalas: triada cognitiva, respuestas fisiológicas, e interés y placer. Esta escala (IMADIS-D) cuenta con una consistencia interna global de $\alpha = .95$. En esta investigación, para las mujeres, las alfas de Cronbach de las 3 subescalas fueron .88, .84, y .73 respectivamente; con una consistencia interna para todo el instrumento de $\alpha = .90$. Para los hombres, las alfas de Cronbach de las 3 subescalas fueron .85, .88, y .76 respectivamente; con una consistencia interna para todo el instrumento de $\alpha = .89$.
 - Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS), validado para la población hispanoparlante por Ecurra y Salas (2014). Cuenta con 24 ítems con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Tiene 3 subescalas: obsesión por las redes sociales ($\alpha = .91$), falta de control personal en el uso de las redes sociales ($\alpha = .88$), y uso excesivo de las redes sociales ($\alpha = .92$). Cuenta con una consistencia interna global de $\alpha = .95$. En esta investigación, para las mujeres, las alfas de Cronbach de las 3 subescalas fueron .85, .76, y .85 respectivamente; con una consistencia interna para todo el instrumento de $\alpha = .93$. Para los hombres, las alfas de Cronbach de las 3 subescalas fueron .84, .76, y .84 respectivamente; con una consistencia interna para todo el instrumento de $\alpha = .92$.

Definición conceptual de variables

Trastornos alimentarios: se definen como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (APA, 2013). Sin embargo, debido a que el EDE-Q (instrumento cuya validación constituye el propósito principal de esta tesis), mide los síntomas de los trastornos alimentarios mediante cuatro dimensiones, a continuación, se presenta la definición conceptual de cada una de ellas.

- Dieta restrictiva: restricción sobre la alimentación con reglas altamente específicas y demandantes con la finalidad de limitar lo que se come (Fairburn y Cooper, 2008).
- Preocupación por comer: preocupación por los alimentos que se ingieren, mediante el comer menos, dejar de comer, sobre comer o la frecuencia con que se come (Fairburn y Beglin, 2008).
- Preocupación por la apariencia: evaluación emocional y conductual de los aspectos de la imagen corporal (Parker et al., 2015).
- Preocupación por la figura y el peso: juicio propio de la autoestima basado en gran parte, o exclusivamente en términos de la figura y el peso, y la capacidad que se tiene para controlarla (Fairburn y Cooper, 2008).

Influencia del modelo estético corporal: influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales (Toro et al, 1994).

Depresión: un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (WHO, 2020).

Adicción a redes sociales: sucede cuando las personas están permanentemente alertas a lo que ocurre en entornos virtuales, verificando la computadora o el *smartphone* constantemente, participando en conversaciones virtuales y contestando mensajes incluso en circunstancias inapropiadas; o por dedicarse patológicamente a estas actividades suelen descuidar las relaciones interpersonales presenciales, se sienten ansiosos, irritables y pueden permanecer durante largos periodos sin comer y privándose del sueño (Escrura y Salas, 2014).

Definición operacional de variables

Trastornos alimentarios: a continuación, se presentan las definiciones operacionales de las cuatro dimensiones del EDE-Q que miden los trastornos alimentarios.

- Dieta restrictiva: la suma de las 3 preguntas (1, 3 y 4) del factor dieta restrictiva del modelo de Parker et al. (2015), del EDE-Q.
- Preocupación por comer: la suma de las 5 preguntas (7, 9, 19, 20 y 21) del factor preocupación por comer del modelo de Parker et al. (2015), del EDE-Q.
- Preocupación por la apariencia: la suma de las 4 preguntas (25, 26, 27 y 28) del factor de preocupación por la apariencia del modelo de Parker et al. (2015), del EDE-Q.
- Preocupación por la figura y el peso: la suma de las 2 preguntas (22 y 23) del factor de preocupación por la figura y el peso del modelo de Parker et al. (2015), del EDE-Q.

Influencia del modelo estético corporal: la suma de las preguntas (35 para mujeres y 29 para hombres) del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos corporales CIMEC (Vázquez et al., 2000).

Depresión: la suma de los 15 reactivos que componen la escala de depresión del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida (IMADIS-D) (Jurado et al., 2017).

Adicción a redes sociales: la suma de los 23 ítems del Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (Ecurra y Salas, 2014).

Procedimiento

El primer paso fue la aplicación de la batería de cuestionarios a manera de estudio piloto, para identificar y corregir posibles errores de redacción y formato, así como ensayar el protocolo de aplicación, con la finalidad de que los participantes comprendieran la información de la mejor manera posible. Se aplicaron 17 baterías de cuestionarios a una muestra conformada por 10 mujeres y 7 hombres, en un rango de edad de 21 a 63 años, todos estudiantes o pasantes de licenciatura en la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicada en la Ciudad de México. Al término de esta aplicación, se logró obtener una batería de cuestionarios sin faltas de ortografía ni errores de redacción, la cual pudo ser entendida por todos los participantes.

Posteriormente, se conformaron 8 baterías distintas (4 para mujeres y 4 para hombres), en las cuales se alternó el orden de los cuestionarios de forma aleatoria mediante el procedimiento de contrabalanceo, con la finalidad de controlar un posible efecto de acarreo al responder los

instrumentos. El orden de los cuestionarios y la cantidad de baterías se pueden observar en la Tabla 3.

Tabla 3

Contrabalanceo de los instrumentos psicométricos

Versión	Orden de los instrumentos	Hombres	Mujeres	Total
1	EDE-Q, CIMEC, ARS, IMADIS-D.	110	138	248
2	IMADIS-D, ARS, EDE-Q, CIMEC.	110	138	248
3	ARS, EDE-Q, IMADIS-D, CIMEC.	107	131	238
4	CIMEC, ARS, IMADIS-D, EDE-Q.	112	135	247
Total		439	542	981

Nota: EDE-Q = *Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire*; CIMEC = Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal; ARS = Cuestionario de adicción a redes sociales; IMADIS-D = Escala de depresión del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida.

Los autores de esta tesis ensayaron el protocolo de aplicación de los cuestionarios mediante diferentes ejercicios de juego de roles, con el equipo de investigación del proyecto PAPIIT IA302420, conformado por 10 tesistas de licenciatura y el investigador principal, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Una vez conformadas las baterías de instrumentos, así como el protocolo de aplicación, se contactó a diversas autoridades de las universidades (como profesores, secretarios estudiantiles, encargados de bolsa de trabajo y directores de carrera) para tener acceso a las

instalaciones y a los estudiantes. A dichos representantes se les explicaba el propósito de la investigación y se les garantizaba el cumplimiento de los lineamientos éticos correspondientes. La recolección de datos se llevó a cabo del 5 de febrero de 2020 al 25 de febrero de 2020, dentro de las instalaciones de las universidades. Estuvo a cargo de los autores de esta tesis, quienes acudieron a las instalaciones en el horario determinado por las autoridades institucionales. La aplicación se realizó, tanto de forma grupal (dentro de los salones de clase, durante el tiempo que concedieron los profesores), como de forma individual (dentro de las instalaciones de las escuelas, abordando directamente a los estudiantes). En cualquiera de los dos casos, se explicaban las instrucciones a los participantes y se aclaraban sus dudas. Tras su asentimiento verbal, se les entregaba una carta de consentimiento informado y la batería de los instrumentos psicométricos. Se supervisaba que respondieran todas las preguntas y se resolvían sus dudas. Una vez que los participantes entregaban los cuestionarios, se agradecía su participación y se les daba la opción de otorgar sus datos de contacto (teléfono y correo electrónico, asociados a un alias o a una clave elaborada por ellos mismos) a quienes quisieran ser contactados eventualmente para participar en el taller psicoeducativo (ver sección de Lineamientos éticos). Cabe resaltar que, en ocasiones se tenía acceso a grupos de hasta 30 estudiantes de cierta carrera, y, por lo tanto, recabando más muestras de dicha carrera. Mientras que, en otros casos, la recolección de datos se llevó a cabo en áreas comunes dentro de las instalaciones universitarias, por lo cual, se obtenían datos únicos con muy pocos participantes de algunas carreras. Es por dicho método de recolección que hay una gran variabilidad en las carreras de la muestra.

Análisis de datos

Análisis descriptivos

Con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22, se realizaron los análisis descriptivos convencionales de los datos: frecuencias, percentiles, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

Análisis factorial confirmatorio

El modelo de medida de 22 ítems agrupados en cuatro factores (dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por la figura, y preocupación por el peso) de Fairburn y Beglin (2008), así como el de 14 ítems (Parker et al., 2016) distribuidos en cuatro factores (dieta restrictiva, preocupación por la figura y el peso, preocupación por comer, y preocupación por la apariencia), se sometieron a prueba por medio del análisis factorial confirmatorio, con el paquete lavaan para RStudio, versión 1.3.1073. Se utilizó el método de máxima verosimilitud con errores estándar robustos, debido a que los datos no presentaron una distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ni para el modelo original de cuatro factores ($z = .084$, $gl = 542$, $p < .001$, en mujeres; $z = .143$, $gl = 439$, $p < .001$, en hombres), ni para el de Parker et al. (2016) ($z = .088$, $gl = 542$, $p < .001$, en mujeres; $z = .140$, $gl = 439$, $p < .001$, en hombres). Se tomaron en cuenta los siguientes índices para evaluar el ajuste de los modelos: la raíz del error medio cuadrático de aproximación (RMSEA), la raíz media cuadrática residual (SRMR), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste no normalizado (NNFI). Para considerar un ajuste excelente, los valores debían ser: $RMSEA \leq .05$, $SRMR \leq .05$, $CFI \geq .95$ y $NNFI \geq .95$; mientras que para considerarlo aceptable: $.05 < RMSEA \leq .08$; $.05 < SRMR \leq .08$; $.90 \leq CFI < .95$; y $.90 \leq NNFI < .95$. La significancia de la ji cuadrada y el estadístico χ^2 / gl se incluyen en esta tesis únicamente de forma descriptiva, pero no se consideraron como índices de ajuste, debido a que

son estadísticos sensibles al tamaño de las muestras y a que los puntos de corte que se han establecido para ellos se han considerado arbitrarios (Kline, 2005).

Análisis de consistencia interna

La confiabilidad del modelo que presentara el mejor ajuste se evaluó mediante el cálculo del alfa de Cronbach, con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.

Análisis de validez convergente (correlaciones entre variables)

Se utilizó la correlación de Pearson, con la intención de conocer la asociación entre las dimensiones del modelo que presentara el mejor ajuste, con las variables influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales. Para este análisis, también se usó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.

Análisis de diferencias en los síntomas de trastornos alimentarios entre sexos

Se realizó una prueba t para muestras independientes para conocer si existían diferencias en los síntomas de trastornos alimentarios entre mujeres y hombres. Este análisis adicional (pues no formaba parte de la pregunta de investigación) se efectuó con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.

Resultados

Análisis factorial confirmatorio

En la Tabla 4 se puede observar que el modelo original de cuatro factores de Fairburn y Beglin (2008) no ajustó de forma adecuada, ni en la muestra de mujeres, ni en la de hombres. Por el contrario, el modelo de cuatro factores de Parker et al. (2015), sí mostró un buen ajuste en ambos sexos. Por consiguiente, los análisis posteriores se efectuaron tomando en cuenta esta solución factorial.

Tabla 4

Análisis factorial confirmatorio de los modelos de medida del EDE-Q en mujeres y hombres

	$\chi^2 (p)$	<i>gl</i>	χ^2/gl	RMSEA (<i>p</i>) [IC 90%]	SRMR	CFI	NNFI
<hr/>							
Modelo de Fairburn y Beglin (2008)							
Mujeres (<i>n</i> = 542)	1301.217 (<i>p</i> < .01)	202	6.441	.100 (<i>p</i> < .01) [.096-.105]	.082	.806	.779
Hombres (<i>n</i> = 439)	768.815 (<i>p</i> < .01)	202	3.806	.080 (<i>p</i> < .01) [.075-.085]	.076	.766	.732
Modelo de Parker et al. (2015)							
Mujeres (<i>n</i> = 542)	192.461 (<i>p</i> < .01)	71	2.710	.056 (<i>p</i> = .09) [.048-.064]	.033	.967	.958
Hombres (<i>n</i> = 439)	143.360 (<i>p</i> < .01)	71	2.019	.048 (<i>p</i> = .61) [.039-.057]	.043	.955	.942

Nota: χ^2 = ji cuadrada; p = probabilidad asociada; gl = grados de libertad; RMSEA = raíz del error medio cuadrático de aproximación; IC = intervalo de confianza; SRMR = raíz media cuadrática residual; CFI = índice de ajuste comparativo; NNFI = índice de ajuste no normalizado.

En la Tabla 5 se puede observar que, tanto para mujeres como para hombres, fueron significativas ($p < .01$) todas las covarianzas entre los cuatro factores del modelo de Parker et al. (2015). En el caso de las mujeres, las covarianzas del modelo oscilaron entre .451 y .868. Por su parte, las covarianzas del modelo de los hombres se encontraron entre .466 y .827.

Tabla 5

Covarianzas entre los factores del modelo de medida del EDE-Q en mujeres y hombres

Factores del modelo de medida del EDE-Q	Covarianzas en mujeres ($n = 542$)	Covarianzas en hombres ($n = 439$)
Dieta restrictiva ~Preocupación por comer	.560**	.607**
Dieta restrictiva ~Preocupación por la apariencia	.451**	.466**
Dieta restrictiva ~Preocupación por la figura y el peso	.484**	.471**
Preocupación por comer ~Preocupación por la apariencia	.716**	.755**
Preocupación por comer ~Preocupación por la figura y el peso	.714**	.729**
Preocupación por la apariencia ~Preocupación por la figura y el peso	.868**	.827**

** $p < .01$

En la Tabla 6 se pueden observar las cargas factoriales de los ítems del modelo de Parker et al. (2015) y sus respectivos errores. En el caso de las mujeres, las cargas factoriales oscilaron entre .456 y .946. Por su parte, las cargas factoriales del modelo de los hombres se encontraron entre .330 y .922. Posteriormente, en las Figuras 1 y 2, se presentan los modelos factoriales confirmatorios representados gráficamente mediante el programa AMOS.

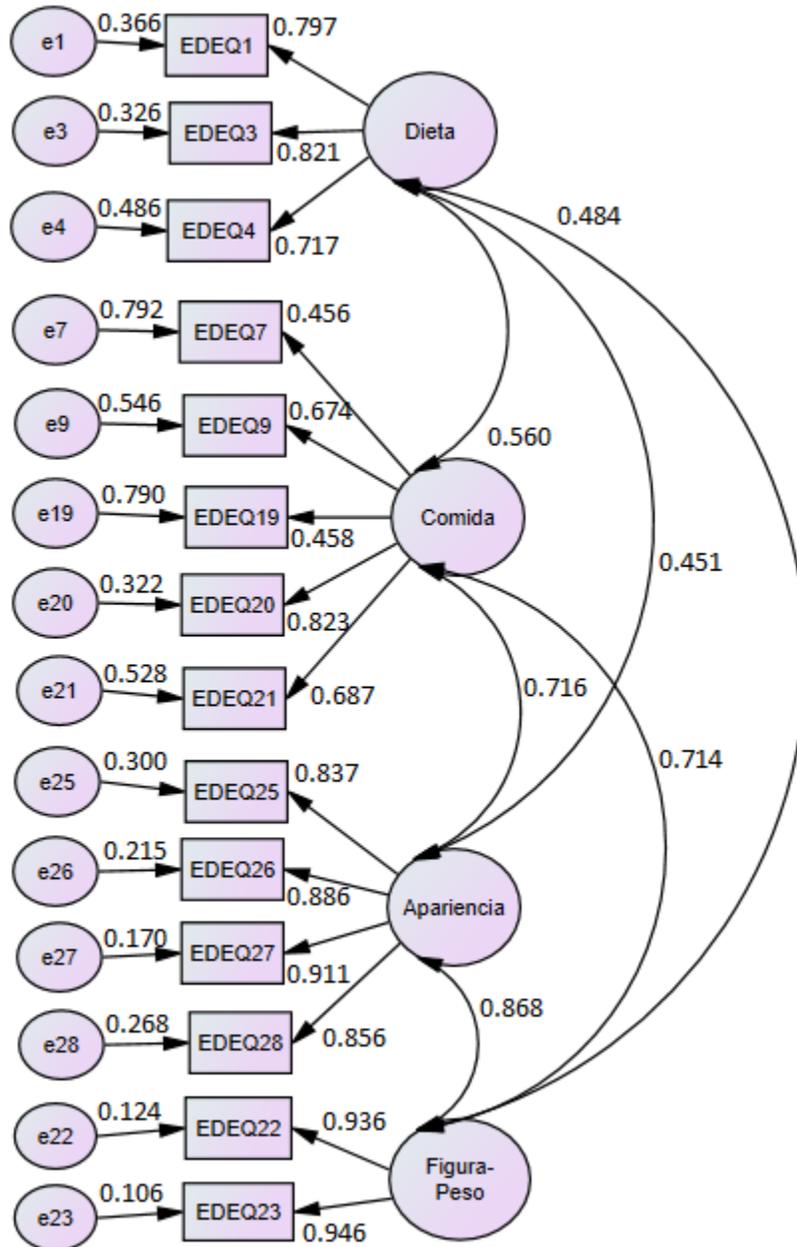
Tabla 6

Cargas factoriales y errores de los ítems del modelo de medida del EDE-Q en mujeres y hombres

Factores e ítems	Mujeres (<i>n</i> = 542)		Hombres (<i>n</i> = 439)	
	Carga factorial	Error	Carga factorial	Error
Factor 1. Dieta restrictiva				
Ítem 1. ¿En cuántos de los últimos 28 días has intentado a propósito limitar la cantidad de alimentos que comes, para modificar tu figura corporal o tu peso (ya sea que hayas tenido éxito o no)?	.797	.366	.732	.465
Ítem 3. ¿En cuántos de los últimos 28 días has intentado quitar de tu dieta cualquier alimento que te guste para modificar tu figura corporal o tu peso (ya sea que hayas tenido éxito o no)?	.821	.326	.841	.292
Ítem 4. ¿En cuántos de los últimos 28 días has intentado seguir reglas definidas (fijas) con respecto a tu alimentación (por ejemplo, un límite de calorías) para modificar tu figura corporal o tu peso (ya sea que hayas tenido éxito o no)?	.717	.486	.737	.457
Factor 2. Preocupación por comer				
Ítem 7. ¿En cuántos de los últimos 28 días pensar en los alimentos, las comidas o las calorías ha hecho que te sea muy difícil concentrarte en las cosas que estás interesado (por ejemplo, trabajar, tener una conversación o leer)?	.456	.792	.541	.708

Ítem 9. ¿En cuántos de los últimos 28 días has tenido un temor fijo o persistente de perder el control sobre tu alimentación?	.674	.546	.647	.581
Ítem 19. En los últimos 28 días, ¿en cuántos días has comido en secreto (a escondidas)? No cuentes episodios de atracón, ni las veces que has comido en secreto debido a las reglas de un lugar (por ejemplo, trabajo, escuela, etc.).	.458	.790	.330	.891
Ítem 20. En los últimos 28 días, ¿en qué proporción de las veces que has comido te has sentido culpable (has sentido que has hecho algo malo) debido a su efecto en tu figura corporal o peso? No cuentes los episodios de atracón.	.823	.322	.825	.320
Ítem 21. En los últimos 28 días, ¿qué tan preocupada(o) has estado de que otras personas te vean comer? No cuentes los episodios de atracón, ni las veces que te has preocupado de que te vean comer debido a las reglas de un lugar (por ejemplo, trabajo, escuela, etc.).	.687	.528	.611	.627
Factor 3. Preocupación por la apariencia				
Ítem 25. ¿En los últimos 28 días qué tan insatisfecho(a) has estado con tu peso?	.837	.300	.772	.404
Ítem 26. ¿En los últimos 28 días qué tan insatisfecha(o) has estado con tu figura corporal?	.886	.215	.871	.242
Ítem 27. ¿En los últimos 28 días qué tan incómoda(o) te has sentido al ver tu cuerpo (por ejemplo, al ver tu figura corporal en el espejo, en el reflejo de una ventana o escaparate, mientras te desvistes o al tomar un baño o una ducha)?	.911	.170	.894	.200
Ítem 28. ¿En los últimos 28 días qué tan incómodo(a) te has sentido acerca de que otros vean tu forma o figura corporal (por ejemplo, en los vestidores comunes, al nadar, o al traer ropa ajustada)?	.856	.268	.841	.293
Factor 4. Preocupación por la figura y el peso				
Ítem 22. ¿En los últimos 28 días ha influido tu peso en lo que piensas de ti (en cómo te juzgas) como persona?	.936	.124	.922	.149
Ítem 23. ¿En los últimos 28 días ha influido tu figura corporal	.946	.106	.915	.163

Figura 1

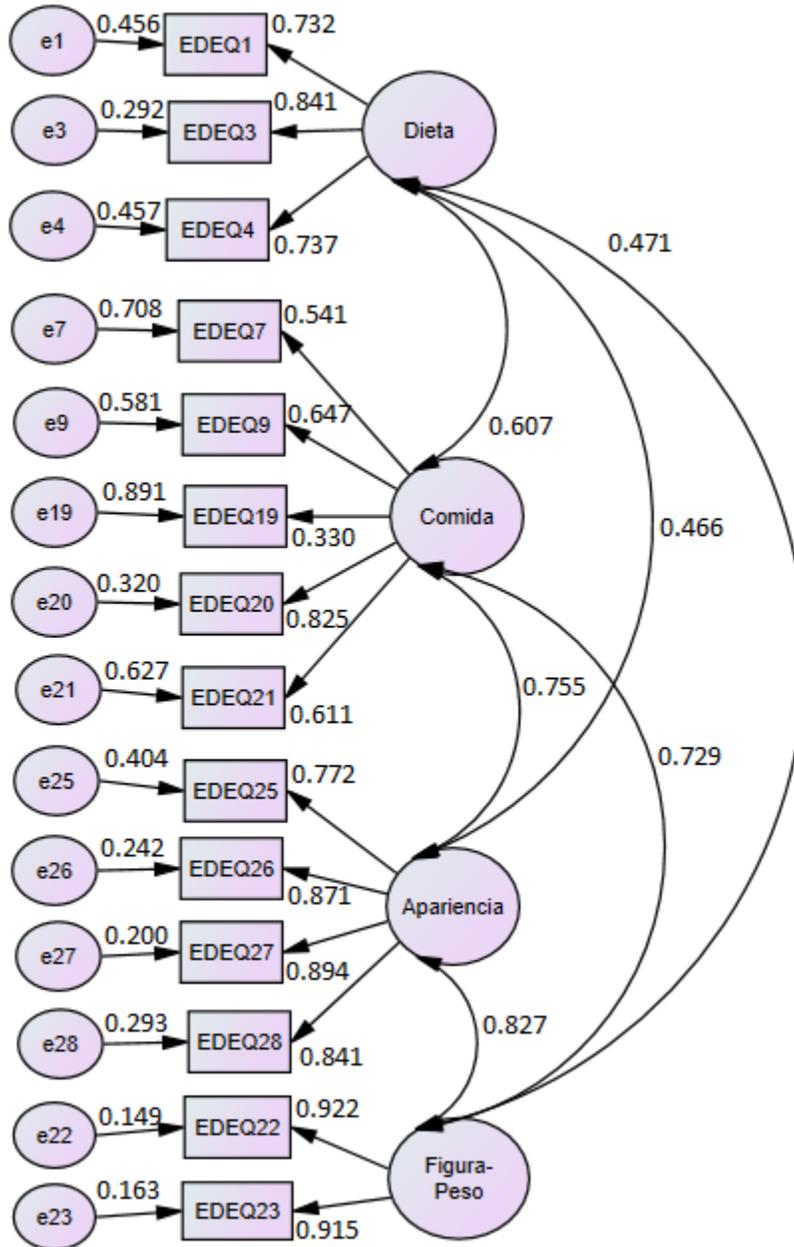


Modelo de la estructura factorial de Parker et al. (2015), en mujeres

Nota: se representa la estructura factorial del modelo de Parker et al. (2015) en la muestra de 542 mujeres, incluyendo la covarianza entre los factores del modelo y la carga factorial de cada ítem con sus respectivos errores.

Dieta = Dieta restrictiva; Comida = Preocupación por comer; Apariencia = Preocupación por la apariencia; Figura-Peso = Preocupación por la figura y el peso.

Figura 2



Modelo de la estructura factorial de Parker et al. (2015), en hombres

Nota: se representa la estructura factorial del modelo de Parker et al. (2015) en la muestra de 439 hombres, incluyendo la covarianza entre los factores del modelo y la carga factorial de cada ítem con sus respectivos errores.

Dieta = Dieta restrictiva; Comida = Preocupación por comer; Apariencia = Preocupación por la apariencia; Figura-Peso = Preocupación por la figura y el peso.

Consistencia interna

En la Tabla 7 se puede observar que, de acuerdo con Anastasi y Urbina (1998), en la muestra de mujeres el factor Dieta restrictiva tuvo una consistencia interna buena, el factor Preocupación por comer tuvo una consistencia interna aceptable, el factor Preocupación por la apariencia tuvo una consistencia interna excelente, y el factor Preocupación por la figura y el peso tuvo una consistencia interna excelente. La consistencia interna del modelo de 14 ítems de Parker et al. (2015) fue excelente.

Para la muestra de hombres, según los criterios de Anastasi y Urbina (1998), el factor Dieta restrictiva tuvo una consistencia interna buena, el factor Preocupación por comer tuvo una consistencia interna aceptable, el factor Preocupación por la apariencia tuvo una consistencia interna excelente, mientras que el factor Preocupación por la figura y el peso tuvo una consistencia interna excelente. Así como sucedió con la muestra de mujeres, la consistencia interna del modelo de 14 ítems (Parker et al., 2015) fue excelente en hombres.

Tabla 7

Consistencia interna del modelo de medida del EDE-Q en mujeres y hombres

Alfa de Cronbach (α)	Mujeres ($n = 542$)	Hombres ($n = 439$)
EDE-Q Global (14 ítems)	.913	.906
EDE-Q Factor1, Dieta restrictiva	.821	.808
EDE-Q Factor 2, Preocupación por comer	.745	.718

EDE-Q Factor 3, Preocupación por la apariencia	.926	.907
EDE-Q Factor 4, Preocupación por la figura y el peso	.939	.915

Validez convergente

En la Tabla 8 se puede observar que, en la muestra de mujeres, las correlaciones entre los cuatro factores del modelo de Parker con el puntaje global del CIMEC (influencia de los modelos estéticos corporales) fueron significativas ($p < .01$) y positivas, con magnitudes moderadas y fuertes, oscilando entre $r = .487$ y $r = .661$. El puntaje global del modelo de Parker mostró una correlación positiva, de magnitud fuerte ($r = .743$) con el CIMEC.

Las correlaciones entre los cuatro factores del modelo de Parker con el puntaje global de depresión del IMADIS-D también fueron significativas ($p < .01$) y positivas, con magnitudes leves y moderadas, las cuales oscilaron entre $r = .112$ y $r = .481$. El puntaje global del modelo de Parker mostró una correlación positiva y moderada ($r = .446$) con la escala de depresión del IMADIS-D.

Finalmente, las correlaciones entre los cuatro factores del modelo de Parker con el puntaje global del instrumento de adicción a las redes sociales fueron positivas y de magnitud leve, oscilando entre $r = .122$ y $r = .286$, aunque siendo significativas ($p < .01$). El puntaje global del modelo de Parker, de igual forma, mostró una correlación positiva y leve, de $r = .268$ con el puntaje global de la adicción a las redes sociales.

Tabla 8

Correlaciones de Pearson entre los factores del modelo de medida del EDE-Q, con los constructos influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales, en mujeres

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Dieta restrictiva	-							
2. Preocupación por comer	.468**	-						
3. Preocupación por la apariencia	.393**	.606**	-					
4. Preocupación por la figura y el peso	.422**	.607**	.811**	-				
5. EDE-Q Global (14 ítems)	.683**	.824**	.889**	.831**	-			
6. CIMEC Global	.487**	.613**	.661**	.635**	.743**	-		
7. Depresión Global	.112**	.399**	.466**	.481**	.466**	.325**	-	
8. Adicción a Redes sociales Global	.122**	.225**	.260**	.286**	.268**	.336**	.332**	-

** $p < 0.01$

Nota: EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; CIMEC = Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal

En la Tabla 9 se puede observar que, en la muestra de hombres, las correlaciones entre los cuatro factores del modelo de Parker con el CIMEC fueron significativas ($p < .01$) y positivas, oscilando entre $r = .504$ y $r = .629$. El puntaje global del modelo de Parker mostró una correlación de $r = .716$ con el CIMEC. Las correlaciones entre los cuatro factores del modelo de Parker con la escala de depresión del IMADIS-D fueron significativas ($p < .01$) y positivas, oscilando entre $r = .117$ y $r = .466$. El puntaje global del modelo de Parker mostró una correlación de $r = .430$ con la escala de depresión del IMADIS-D. Las correlaciones entre los cuatro factores del modelo de Parker con el puntaje global de las redes sociales fueron significativas ($p < .01$) y positivas, oscilando entre $r = .138$ y $r = .307$. El puntaje global del modelo de Parker mostró una correlación de $r = .298$ con el puntaje global de las redes sociales.

En general, estos hallazgos dan cuenta de la validez convergente del modelo de Parker et al. (2015) en la muestra de mujeres y hombres, pues se observó que los síntomas de trastornos alimentarios se relacionan positivamente con la influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales.

Tabla 9

Correlaciones de Pearson entre los factores del modelo de medida del EDE-Q, con los constructos influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales, en hombres

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Dieta restrictiva	-							
2. Preocupación por comer	.498**	-						
3. Preocupación por la apariencia	.414**	.626**	-					
4. Preocupación por la figura y el peso	.420**	.608**	.754**	-				
5. EDE-Q Global (14 ítems)	.715**	.834**	.884**	.794**	-			
6. CIMEC Global	.504**	.601**	.616**	.629**	.716**	-		
7. Depresión Global	.117**	.381**	.466**	.420**	.430**	.370**	-	
8. Adicción a Redes sociales Global	.138**	.229**	.307**	.299**	.298**	.378**	.298*	-

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

Nota: EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; CIMEC = Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal

Los resultados anteriores, en conjunto, demuestran la validez y confiabilidad del EDE-Q en población universitaria. Es por ello que se presenta una tabla de percentiles (Tabla 10), como información descriptiva adicional, del puntaje de las mujeres y de los hombres en los factores del modelo de Parker et al. (2015).

Tabla 10*Percentiles del modelo de medida del EDE-Q para mujeres y hombres*

Percentil	Factor 1, Dieta restrictiva		Factor 2, Preocupación por comer		Factor 3, Preocupación por la apariencia		Factor 4, Preocupación por la figura y el peso		Puntaje global (14 ítems)		Percentil
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
5	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.15	0.00	5
10	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	3.00	0.00	10
15	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	0.00	0.00	0.00	5.00	2.00	15
20	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	1.00	0.00	0.00	7.00	3.00	20
25	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	2.00	1.00	0.00	9.00	4.00	25
30	1.00	0.00	0.00	0.00	5.90	2.00	2.00	0.00	11.00	6.00	30
35	1.00	0.00	1.00	0.00	7.00	4.00	2.00	0.00	13.00	7.00	35
40	2.00	0.00	1.00	0.00	8.00	4.00	3.00	1.00	16.00	10.00	40
45	2.00	1.00	2.00	1.00	9.35	5.00	4.00	1.00	18.00	11.00	45
50	3.00	2.00	2.00	1.00	11.00	6.00	4.00	2.00	21.00	13.00	50
55	4.00	3.00	2.65	1.00	12.00	7.00	4.00	2.00	24.00	15.00	55
60	5.00	3.00	3.00	2.00	13.00	8.00	5.00	3.00	27.00	16.00	60
65	6.00	5.00	4.00	2.00	14.00	9.00	6.00	4.00	29.00	18.00	65
70	7.00	6.00	5.00	3.00	16.00	10.00	7.00	4.00	32.00	21.00	70
75	8.00	7.00	6.00	4.00	17.00	12.00	8.00	5.00	35.00	23.00	75
80	9.00	8.00	7.00	5.00	19.00	13.00	9.00	6.00	38.00	27.00	80
85	11.55	9.00	9.00	6.00	20.00	15.00	10.00	7.00	43.00	32.00	85
90	13.00	11.00	12.00	8.00	22.00	18.00	12.00	9.00	48.00	38.00	90
95	15.00	15.00	15.00	12.00	24.00	22.00	12.00	11.00	54.00	48.00	95
100	18.00	18.00	24.00	29.00	24.00	24.00	12.00	12.00	72.00	82.00	100

Nota: M = Mujeres; H = Hombres

Para conocer si eran significativas las diferencias entre los puntajes de las mujeres y los hombres, en el modelo de medida del EDE-Q, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. En la Tabla 11 se puede observar que, en los cuatro factores del modelo, así como en el puntaje global del mismo, las mujeres presentaron más síntomas que los hombres.

Tabla 11

Prueba t para muestras independientes para comparar los factores del EDE-Q entre mujeres y hombres

Factor	Mujeres (<i>n</i> = 542)	Hombres (<i>n</i> = 439)	<i>t</i> (<i>gl</i>)	Diferencia entre las medias
1. Dieta restrictiva	4.84 (5.09)	3.86 (4.82)	3.06 (979)	0.97**
2. Preocupación por comer	4.03 (5.11)	2.69 (4.30)	4.63 (977.47)	1.34**
3. Preocupación por la apariencia	11.04 (7.41)	7.49 (6.65)	7.89 (968.61)	3.55**
4. Preocupación por la figura y el peso	4.76 (4.05)	3.03 (3.48)	7.19 (975.46)	1.73**
Puntaje global (14 ítems)	23.47 (17.06)	16.21 (15.05)	7.06 (971.85)	7.25**

***p* < .01

Nota: *M* = media; *DE* = desviación estándar; *t* = estadístico *t*; *gl* = grados de libertad

Discusión

El propósito general de esta investigación fue evaluar la validez y confiabilidad del EDE-Q en población mexicana universitaria de mujeres y hombres. Para atender tal propósito se plantearon tres objetivos específicos, a saber, 1) someter a prueba el ajuste de dos modelos de medida, el de Fairburn y Beglin (2008), y el de Parker et al. (2015), 2) obtener la consistencia interna del modelo que resultara más adecuado, y 3) indagar acerca de la validez convergente del EDE-Q al relacionarlo con tres constructos: influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales.

Con respecto al primer objetivo específico, se planteó la hipótesis de que el modelo de Parker et al. (2015) sería el de mejor ajuste. Tal y como se esperaba, los resultados son congruentes con los de Parker et al. (2015, 2016), al igual que con los de Rand-Giovanetti et al. (2020). A pesar de que los estudios de Parker (2015, 2016) fueron realizados en una población bariátrica (la cual posee características diferentes en comparación con la población universitaria), este modelo ha demostrado ser robusto en población universitaria (Rand-Giovanetti et al., 2020), lo que quiere decir que sus características no se ven afectadas por las variaciones en la población.

El modelo de Parker et al. (2015) se compone de cuatro factores. El primero, Dieta restrictiva (3 ítems), hace referencia a la restricción alimentaria con reglas altamente específicas y demandantes, con la finalidad de limitar lo que se come. El segundo, Preocupación por comer (5 ítems), se refiere a la preocupación por los alimentos que se ingieren, y la frecuencia y cantidad con que se come. El tercero, conocido como Preocupación por la apariencia (4 ítems), se integra por ítems relacionados con la evaluación emocional y conductual de los aspectos de la imagen corporal. Mientras que el último, Preocupación por la figura y el peso (2 ítems), contiene indicadores de auto evaluación basada en términos de la figura y el peso, y la capacidad que se tiene para controlarlos. Cabe señalar que dos de los factores del modelo de Parker et al. (2015), a

saber, Preocupación por comer y Preocupación por la figura-peso, son congruentes con la teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios de Fairburn et al. (2003), teoría que propone la existencia de una dimensión conocida como núcleo de la psicopatología alimentaria, la cual sería la dimensión medular que subyace a los trastornos alimentarios. Este núcleo se integraría por indicadores de preocupación por comer, preocupación por la figura y la preocupación por el peso.

Por otra parte, tres factores del modelo de Parker (Dieta restrictiva, Preocupación por comer y Preocupación por el peso-figura) corresponden teóricamente con las cuatro dimensiones que integran el modelo original del EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994) y con la última versión de este instrumento, el EDE-Q 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008). No obstante, en este estudio (así como en el de Parker et al, 2015, 2016), la preocupación por el peso se combinó con la preocupación por la figura en un solo factor, a diferencia del modelo de Fairburn y Beglin (2008), en el que se propone que son dos factores independientes. Dichos resultados permiten concluir que es difícil para las personas distinguir entre preguntas relacionadas con el peso y preguntas dirigidas a indagar sobre la figura corporal. Este hallazgo se ha visto frecuentemente en otros estudios de diferentes partes del mundo (Carey et al., 2019; Chan y Leung, 2015; Giovazolias et al., 2012; Grilo et al., 2015; Machado et al., 2018; Rand-Giovanneti et al., 2020; Serier et al., 2018; Unikel et al., 2018).

Con respecto al factor llamado Preocupación por la apariencia, al analizar sus ítems se puede observar un elevado traslape teórico con el constructo *insatisfacción corporal*. Se ha propuesto que la insatisfacción corporal, definida como el malestar con alguna parte del cuerpo que lleva a desarrollar conductas nocivas para la salud con la finalidad de modificar su apariencia (Devlin y Zhu, 2001), está implicada en el desarrollo y mantenimiento de los

trastornos alimentarios (Amaya-Hernández, et al., 2010; Palmeroni et al., 2020). Sin embargo, la elevada similitud de los indicadores del factor Preocupación por la apariencia (por ejemplo, los ítems 26 y 27, los cuales dicen “¿En los últimos 28 días qué tan insatisfecho(a) has estado con tu figura corporal?”, y “¿En los últimos 28 días qué tan incómodo(a) te has sentido al ver tu cuerpo?”) con los indicadores del *Body Shape Questionnaire* (BSQ, por sus siglas en inglés) (Amaya-Hernández, 2013), el cuestionario más utilizado para medir el constructo insatisfacción corporal (por ejemplo, los ítems 1 y 15, respectivamente, “Al fijarte en la figura de otras personas, ¿la has comparado con la tuya negativamente?”, y “¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo: en vestidores comunes de piscinas o baños)?”), deja abierta la necesidad de distinguir si la insatisfacción corporal es un predictor de los trastornos alimentarios o si constituye, por sí misma, una dimensión que forma parte de estos.

Por otro lado, tal y como se ha observado en la mayoría de los estudios (Allen et al., 2011; Barnes et al., 2012; Carey et al., 2019; Chan y Leung, 2015; Darcy et al., 2013; Giovazolias et al., 2013; Grilo et al., 2015; Machado et al., 2018; Rand-Giovanneti et al., 2020; Serier et al., 2018; Unikel et al., 2018) que han indagado acerca del ajuste del modelo de Fairburn y Beglin (2008), en este estudio tampoco se apoyó la validez de esta estructura factorial. Dichos hallazgos, en congruencia con los de esta línea de investigación, sugieren que la propuesta original de los autores del EDE-Q no describe adecuadamente a la forma en la que se expresan los principales síntomas de los trastornos alimentarios.

En relación con el segundo objetivo, se planteó la hipótesis de que el modelo de medida tendría una buena confiabilidad. Tales resultados encontraron evidencia en favor de esta hipótesis, no sólo en el puntaje global del modelo de medida, sino en cada uno de los factores, lo cual es congruente con los estudios previos de dicho modelo (Parker et al., 2015, 2016; Rand-

Giovanneti et al., 2020). El alfa de Cronbach es el método más utilizado en psicología para indagar acerca de la consistencia interna de un instrumento. Se refiere al promedio de todos los coeficientes de correlación; también puede considerarse como la medida de todas las correlaciones de división por mitades posibles (Quero, 2010). Los valores del alfa de Cronbach observados en este estudio permiten concluir que el EDE-Q mide de forma consistente los principales síntomas de los trastornos alimentarios. Para la investigación en trastornos alimentarios, esto es un beneficio, ya que el modelo de Parker et al. (2015) puede utilizarse para identificar, de forma confiable, dichos síntomas en estudios futuros.

Para el tercer objetivo se planteó la hipótesis de que el EDE-Q mostraría validez convergente, la cual se reflejaría al observar tres relaciones teóricas: a mayor índice de síntomas de trastornos alimentarios, mayor influencia de los modelos estéticos corporales (Vázquez et al., 2010), mayor depresión (Behar et al., 2007; Vega et al., 2009), y mayor adicción a redes sociales (Lozano, 2012; Sámano, 2013). En relación con la influencia del modelo estético corporal, tal y como se esperaba, se halló una correlación alta y positiva porque el modelo estético involucra la interiorización del ideal de delgadez y la interiorización de ideales de belleza física, elementos que funcionan como predictores de los trastornos alimentarios, al propiciar que las personas busquen un cuerpo más delgado o con mayor masa muscular. Estos modelos estéticos corporales son de importancia para los universitarios, puesto que contribuyen a la aceptación por parte de sus compañeros y amigos (Vázquez et al., 2010).

Sobre la depresión se encontró una relación positiva moderada, resultado congruente con los estudios de Godoy (2014), González-Alonso et al. (2019) y Grilo et al. (2015). Durante la educación universitaria pueden ser comunes ciertos problemas afectivos (Juárez, 2019; Juárez y Silva, 2019), tales como las crisis depresivas, el estrés o la ansiedad, los cuales son factores de

riesgo para desarrollar o mantener trastornos alimentarios (Fandiño et al., 2007). El afecto negativo, constructo que subyace a los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2015; Sauer-Zavala, 2012), también desempeña un papel fundamental en los problemas alimentarios, de hecho, se sabe que algunos síntomas de los trastornos alimentarios se presentan con la intención de disminuir el afecto negativo (Bohon y Stice, 2012; Holmes et al., 2014; Owens et al., 2009; Stice et al., 1996). Además, en la depresión hay un componente exacerbado de autoevaluación negativa y descalificación, el cual también se observa en los trastornos de la conducta alimentaria (Barriguete et al., 2017; Cruzat y Cortez, 2008).

Respecto a la adicción a las redes sociales, aunque de magnitud leve, también se observó una correlación positiva con el EDE-Q, lo cual añadió evidencia en favor de la hipótesis planteada. Estos resultados son congruentes con los de Lozano (2012), ya que las redes sociales juegan un papel muy importante en el incremento de los síntomas de trastornos alimentarios, debido a que los exponen constantemente al modelo estético corporal de la delgadez y tonificación corporal. Adicionalmente, el tener una adicción a las redes sociales implica dificultades en la regulación emocional (por ejemplo, ausencia de monitorización de las emociones, incapacidad para aceptar las emociones y evitación), lo cual también está vinculado a diversos tipos de psicopatología y, por supuesto, los trastornos alimentarios no son la excepción (Gracia, et al., 2019).

De esta forma, se puede concluir que los resultados de este trabajo apoyaron las tres hipótesis planteadas: 1) el modelo de Parker et al. (2015) presentó mejores índices de ajuste que el modelo de Fairburn y Beglin (2008); 2) el modelo obtuvo una buena confiabilidad, tanto en cada uno de sus factores, como globalmente, lo cual significa que el EDE-Q posee buena

consistencia interna; y 3) el EDE-Q presentó validez convergente, al mostrar relación positiva (de leve a fuerte) con los constructos influencia de los modelos estéticos corporales, depresión y adicción a redes sociales.

En cuanto a las limitaciones, se aclara que este no deja de ser un estudio en el que se emplearon cuestionarios de autoinforme, los cuales están sujetos a diferentes sesgos, como basarse en lo que el participante cree saber sobre sí mismo o decida manifestar en el momento de la evaluación, lo cual no siempre puede ser verdadero. Asimismo, los participantes pueden presentar deseabilidad social, definida como el objetivo de dar una imagen positiva de uno mismo, conceptualizándose como una tendencia a la mentira o al engaño (Domínguez et al., 2012). Si bien, los autoinformes representan una metodología con múltiples ventajas, también resultan vulnerables al falseamiento y la distorsión (Muñiz, 2018). Se sugiere que, en el futuro, los estudios que pretendan medir los principales síntomas de los trastornos alimentarios deberían no sólo usar el EDE-Q, sino complementar las mediciones utilizando otras alternativas, por ejemplo, una entrevista clínica especializada (Fairburn, 2008). Otra limitación que se podría encontrar es que el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Entre las ventajas de los muestreos aleatorios se encuentra que tienden a asegurar que la muestra represente adecuadamente a la población en función de variables seleccionadas y, por ende, se obtienen estimaciones más precisas (López, 2004; Otzen y Manterola, 2017).

Adicionalmente, si bien el propósito principal de este estudio no fue estandarizar el EDE-Q para población universitaria, cabe mencionar que, para lograr esa encomienda, se necesitaría realizar un muestreo aleatorio y estratificado, que tomara en cuenta diversas características de la población de interés y que, por supuesto, contara también con la participación de personas con diagnóstico de trastornos alimentarios. Se propone que en estudios subsecuentes se plantee la

estandarización del instrumento, tomando como base el modelo teórico de Parker et al. (2015), el cual resultó ser válido y confiable.

Como fortalezas de la presente investigación, se señala que participaron mujeres y hombres, en contraste con investigaciones previas (Allen et al, 2011; Barnes et al., 2012; Carey et al., 2019; Franko et al., 2012; Giovazoliaz et al., 2013; Grilo et al., 2015; Machado et al., 2018; Rand-Giovanneti et al., 2020; Serier et al., 2018; Unikel et al., 2018; Villarroel et al., 2011), que solamente habían contemplado la población femenina, o bien, que la población de hombres era muy pequeña. En el estudio de los trastornos alimentarios, es importante analizar los fenómenos de interés diferenciando la expresión de síntomas entre mujeres y hombres, pues se sabe que suele haber diferencias significativas entre sexos (Álvarez et al., 2003; Zueck et al., 2016). A pesar de que se sabe que los trastornos alimentarios son más frecuentes en mujeres, tal y como sucedió en el presente estudio, esto no quiere decir que no se debe prestar atención a los hombres. Contar con un modelo de medida de los principales síntomas de los trastornos alimentarios, válido para población universitaria de ambos sexos, facilitará la investigación futura en este campo.

Otra fortaleza es la variabilidad de los participantes, ya que se cuenta con una muestra de estudiantes provenientes de diferentes universidades, públicas y privadas, de la ciudad, lo cual aumenta la generalización de los hallazgos. Aunque, dentro de este mismo argumento resaltarse que sigue siendo una muestra de una parte muy reducida del país (Zona Metropolitana del Valle de México). A saber, sólo el 3.53% de la población mexicana posee una matrícula de estudios universitarios, y de esta cifra, el 27.66% se encuentra en la Zona Metropolitana del Valle de México (OCDE, 2019).

Además, como una fortaleza adicional, está la realización de estudios piloto antes de la aplicación. El procedimiento de los estudios piloto tiene las ventajas de poner a prueba la funcionalidad, veracidad y fiabilidad de los instrumentos; identificar, mediante los encuestados, si el instrumento fue confuso, largo, corto, ambiguo, etc. y, en general, la posibilidad de hacer algunas modificaciones necesarias antes de realizar el muestreo a escala completa (Abeille, et al., 2015). Al efectuar este procedimiento, además de lograr que las baterías no tuvieran errores de redacción, se pudo diseñar y poner a prueba el protocolo de aplicación, con el propósito de disminuir el error de medición durante la recolección de datos.

A partir de los hallazgos de esta investigación, es posible concluir que el EDE-Q es un cuestionario válido y confiable. Debido a que facilita la identificación de los principales síntomas de los trastornos alimentarios en personas potencialmente vulnerables a estos, como es el caso de los estudiantes universitarios, el EDE-Q se posiciona como un instrumento de tamizaje que permitirá abrir nuevos caminos en la investigación, la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios en esta población.

Referencias

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., SlofOp'tLandt, M. C. y Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305-309. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>
- Abad, F. J., Garrido, J., Olea, J. y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la psicometría Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Abeille, E., Soto, A. A., Muñoz, V. P., Sánchez, R., Carrera, S., Pérez, E. y Landeros, E. (2015). Características de la prueba piloto: revisión de artículos publicados en enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 14(3), 169-175.
- Agras, W. S., Fitzsimmons-Craft, E. E. y Wilfley, D. E. (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 88, 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.004>
- Alcaraz, G., Lora, E. y Berrio, M. E. (2011). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 11-15. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100003>
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Lampard, A., Watson, H. y Fursland, A. (2011). Confirmatory factor analysis of the eating disorder, examination-questionnaire (EDE-Q). *Eating Behavior*, 12(1), 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.005>
- Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A. R., Haro, M. y Mancilla, J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujer estudiantes. *Psicología y Salud*, 13(2), 245-255.
- Amaya-Hernández, A. (2013). *El rol de la autoestima, factores biológicos y socioculturales sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva* [Tesis de doctorado]. Universidad

- Nacional Autónoma de México.
<http://132.248.9.195/ptd2013/octubre/0704071/Index.html>
- Amaya-Hernández, A., Álvarez-Rayón, G. L., Mancilla-Díaz, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*. 1(1), 79-89.
- Amaya-Hernández, A., Álvarez-Rayón, G. L., Ortega-Luyando, M., Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Peer influence in preadolescents and adolescents: a predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 31-39.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2012). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. American Psychological Association.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos* (7ª ed.). Prentice-Hall.
- Andrade, N. (2003). Diagnóstico categorial versus dimensional. *Clínica y salud*, 14(3), 333-359.
- Aragón, L. E. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(4), 23-43.
- Aragón, L. E. (2015). *Evaluación psicológica historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría* (2ª ed.). Manual Moderno.
- Attorresi, H. F., Lozzia, G. S., Abal, F. J., Galibert, M. S. y Aguerri, M. E. (2009). Teoría de respuesta al ítem conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 18(2), 179-188.

- Ballester, D., De Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C., y Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(4), 207–212.
- Barbero, M. I., Vila, E., y Holgado, F. P. (2015). *Psicometría*. Sanz y Torres.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murraray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thomson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R. Boettcher, H. T. y Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, C. P., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: client workbook*. Oxford University Press.
- Barnes, J., Prescott, T. y Muncer, S. (2012). Confirmatory factor analysis for the eating disorder examination questionnaire: evidence supporting a three-factor model. *Eating Behaviors*, 13(1), 379-381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.001>
- Barriguete, J. A., Pérez, A. R., De la Vega, R. I., Barriguete, P. y Rojo, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders.

- Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 123-130.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>
- Behar, R., Alviña, M., González, T. y Rivera, N. (2007). Detection of predisposing attitudes and behaviors towards eating disorders in students from three high schools in Viña del Mar. *Revista Chilena de nutrición*, 34(3), 240-249. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000300008>
- Bernal-García, M. I., Salamanca, D. R., Pérez, N. y Quemba, M. P. (2018). Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica*, 30(20), 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008>
- Bohon, C. y Stice, E. (2012). Negative affect and neural response to palatable food intake in bulimia nervosa. *Appetite*, 58(1), 964-970. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.02.051>
- Bravo-Grau, S. y Cruz, J. (2015). Estudios de exactitud diagnóstica: herramientas para su interpretación. *Revista chilena de radiología*, 21(4), 158-164.
- Bulik, C. M., Brownley, K. A., Shapiro, J. R. (2007). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por atracón. *World Psychiatry*, 5(3), 142-148.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Byrne, S. M., Allen, K. L., Lampard, A. M., Dove, E. R. y Fursland, A. (2010). The Factor Structure of the Eating Disorder Examination in Clinical and Community Samples. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 260-265.

- Calugi, S., Milanese, C. H., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., Coppini, A., Franchini, C. y Grave R. D. (2016). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eat and Weight Disorders*, 22(1), 509-514. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0276-6>
- Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N. A., Jenkinson, P. M. (2019). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): norms and psychometric properties in U.K. females and males. *American Psychological Association*, 31(7), 839-850. <https://dx.doi.org/10.1037/pas0000703>
- Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-531.
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C. y Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-5 proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270-279. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Celaya, J. (2008). *La empresa en la web 2.0*. Gestión 2000.
- Celis, A. y Roca E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Chan, C. W. y Leung, S. F. (2014). Validation of the eating disorder examination questionnaire: an online version. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(1), 659-665. <https://doi.org/10.1111/jhn.12275>
- Christian, C., Brosf, L. C., Vanzhula, I. A., Williams, B. M., Shankar Ram, S. y Levinson, C. A. (2019). Implementation of a dissonance-based, eating disorder prevention program in

- Southern, all-female high schools. *Body Image*, 30(1), 26-34.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.05.003>
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. Á. (2016). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.04.001>
- Contreras-Valdez, J. A., Mendoza, E., y Freyre M. Á. (2020). *Confiabilidad y validez del Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q 6.0) en adultos de población general mexicana*. Artículo/Manuscrito en preparación.
- Crocker L. y Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Cengage Learning, Inc.
- Cruzat, C. V. y Cortez, I. M. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 5-17.
- Curzio, O., Maestro, S., Rossi, G., Calderoni, S., Giombini, L., Scardigli, S., Dalla, L., y Muratori, F. (2020). Transdiagnostic vs. disorder-focused perspective in children and adolescents with eating disorders: findings from a large multisite exploratory study. *European psychiatry*, 29(1), 81-93. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.024>

- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry, 13*(1), 28-35. <http://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Darcy, A. M., Hardy, K. K., Crosby, R., Lock, J. y Peebles, R. (2013). Factor structure of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in male and female college athletes. *Body Image, 10*(1), 399-405. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.01.008>
- De Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., Van der Meer, I., Danner, U. N., Van der Schuur, S., Schoorl, M. y Hoek, H. W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: a randomized controlled trial. *The International journal of eating disorders, 53*(5), 447–457. <https://doi.org/10.1002/eat.23239>
- Devlin, M. J. y Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association, 186*(17), 2159-2161.
- Domínguez, A., Aguilera, S., Acosta, T. T., Navarro, G. y Ruiz, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica, 2*(3), 808-824.
- DuBois, R., Rodgers, R., Franko, D., Eddy, K., Thomas, J. (2017). A network analysis investigation of the cognitive-behavioral theory of eating disorders. *Behavior research and therapy, 97*(1), 213-221. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.08.004>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica, 32*, 65-74. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Eddy, K. T., Le Grange, D., Crosby, R. D., Rienecke H., R., Doyle, A. C., Smyth, A. y Herzog, D. B. (2010). Diagnostic classification of eating disorders in children and adolescents:

- how does DSM-IV-TR compare to empirically-derived categories? *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49(3), 277-287.
- <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.10.012>
- Eklund, M., Bäckstrom, M., y Hansson, L. (2018). Psychometric evaluation of the Swedish version of Rosenberg's self-esteem scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(5), 318-324.
- <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1457177>
- Escolar-Llamazares, M. C., Martínez, M. A., González, M. Y., Medina, M. B., Mercado, E. y Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112.
- Escurra, M., y Salas, E. (2014). Construcción y Validación del Cuestionario de Adicción a Redes Sociales. (ARS). *Liberabit. Revista de Psicología*, 20(1),73-91.
- Ezpeleta, L. y Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Pirámide.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). En C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (309–313). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P. y Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351.
- Fernández, P. y Díaz, P. (2003). Pruebas diagnósticas. *Atención primaria en la Red* 1(10), 120-124.
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K. y Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: a novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*, 79(1), 40-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.009>
- Forbush, K. T., Siew, C. S. Q. y Vitevitch, M. S. (2016). Application of network analysis to identify interactive systems of eating disorder psychopathology. *Psychological Medicine*, 46(12), 2667–2677. <https://doi.org/10.1017/s003329171600012x>
- Forbush, K. T., South, S. C., Krueger, R. F., Iacono, W. G., Clark, L. A., Keel, P. K., Legrand, L. y Watson, D. (2010). Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: Evidence from a community-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 282–292. <https://doi.org/10.1037/a0019189>
- Franko, D. L., Jenkis, A., Roehring, J. P., Luce, K. H., Crowther, J. H. y Rodgers, R. F. (2012). Psychometric properties of measures of eating disorder risk in Latina college women.

- International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 592-596.<https://doi.org/10.1002/eat.20979>
- Friborg, O. Reas, D. L., Rosenvinge, J. H. y Ro, O. (2013). Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): the predictive role of a nested general (g) and primary factors. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(3), 195-203.<http://doi.org/10.1002/mpr.1389>
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5 binge eating disorder in the DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, 110(1)*, 70-74.
- García-Moratalla, B. y Pérez Argilas, T. (2000). Trastornos subumbrales en psiquiatría. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 289-291.
- Giovazolias, T., Tsaousis, I. y Vallianatou, C. (2013). The factor structure and psychometric properties of the Greek version of the eating disorders examination questionnaire (EDE-Q). *European Journal of Psychological Assessment*, 29(3), 189-196.
<http://doi.org/10.1027/1015-5759/a000138>
- Girard, M., Rodgers, R. F. y Chabrol, H. (2018). Prospective predictors of body dissatisfaction drive for thinness, and muscularity concerns among young women in France: a sociocultural model. *Body Image*, 26(1), 103-110.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.07.001>
- Godoy, F. A. (2014). Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(3), 260-263.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75182014000300005>

- Gómez, R., Gómez, R., Díaz, A. M., Fortea, M. I. y Salorio, P. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 124-128.
- González, E. I. y Suárez, E. (2016). Adaptación, validación y estandarización de cuestionarios para egresados y empleadores en el Estado de México. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(12), 41-59.
- González-Alonso, M., Escolar-Llamazares, M. C., Martínez, M. A., Medina, M. B. y Mercado, E. (2019). Comorbilidad de los trastornos alimentarios con ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 375-384. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1149>
- González-Carrascosa, R.; García-Segovia, P.; Martínez-Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18(1), 45-59.
- Gracia, B., Rey, L. y Quintana-Orts, C. (2019). Regulación emocional y uso problemático de las redes sociales en adolescentes: el papel de la sintomatología depresiva. *Salud y drogas*, 20(1), 77-86. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.473>
- Grilo, C. M., Reas, D. L., Hopwood, C. J. y Crosby, R. D. (2015). Factor structure and construct validity of the eating disorder examination-questionnaire in college students: further support for a modified brief version. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 284-289. <http://doi.org/10.1002/eat.22358>.
- Herbozo, S., Schaefer, L. M. y Thomson, J. K. (2015). A comparison of eating disorder psychopathology, appearance satisfaction, and self-esteem in overweight and obese

- women with and without binge eating. *Eating Behaviors*, 17(1), 86-89.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.01.007>
- Hernández-Guzmán, L. (2012). Los tratamientos cognitivo conductuales de cara al DSM-5. En J. A. Obst Camerini (Ed.), *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (153-167). Catrec.
- Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J. A. y Freyre, M. A. (2019). ¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(2), 561-565.
- Hoek H. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19(1), 389-394.
- Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H. y Broadbent, J. (2014). Tests of an extension of the dual pathway model of bulimic symptoms to the state-based level. *Eating Behaviors*, 15(1), 280-285. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.03.011>
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D. y Bissada, H. (2015). Negative Affect Mediates the Relationship Between Interpersonal Problems and Binge-Eating Disorder Symptoms and Psychopathology in a Clinical Sample: a Test of the Interpersonal Model. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 133–138.
<https://doi.org/10.1002/erv.2344>
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G. y Bissada, H. (2015). Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach. *Comprehensive Psychiatry*, 63(1), 80–87.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.009>

- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C. y Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jennings, K. M y Phillips, K. E. (2017). Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q): Norms for a Clinical Sample of Males. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 73-76.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.004>
- Juárez, A. (2019). *Depresión en jóvenes universitarios: una aproximación desde el modelo ecológico de conductas de salud* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784911/Index.html>
- Juárez, A. y Silva, C. (2019). La experiencia de ser universitario. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 6-30. <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i28.2597>
- Jurado, S. (2017). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida, IMADIS*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Keel, P. K., Crosby, R. D., Hildebrant, T. B., Haedt-Matt, A. A. y Gravener, J. A. (2013). Evaluating new severity dimensions in the DSM-5 for bulimic syndromes using mixture modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 108-118.
<https://doi.org/10.1002/eat.22050>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevouri, A., Bulik, C., Kaprio, J. y Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 1259-1265.
- Kirsch, I.S. y Guthrie, J.T. (1980). Construct validity of functional reading tests. *Journal of educational measurement*, 17(2), 81-93. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3984.1980.tb00817.x>

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2^a ed.). The Guilford Press.
- Kothari, R., Barker, C., Pistrang, N., Rozental, A., Egan, S., Wade, T., Allcott-Watson, H., Andersson, G. y Shafran, R. (2019). A randomized controlled trial of guided Internet-based cognitive behavioral therapy for perfectionism: effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 64(1), 113-122. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/eat.23239>
- Kotov, R., Krueger, R., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Capsi, A., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., Moffitt, T. E., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Ormel, J., Patrick, C. J., Regier, D. A., Rescorla, L., Ruggero, C. J., Samuel, D. B., Sellbom, M., Simms, L. J., Thomas, A. E., Wright, A. G. y Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. 2017. <https://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Laporta-Herrero, I., Delgado, M. P., Rebollar, S. Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97-107. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.205>
- Leigh, C., Irina, B., Williams, B., Ram, S. y Levinson, C. (2019). Implementation of a dissonance-base, eating disorder prevention program in Southern, all-female high schools. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 30(1), 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.05.003>

- Lemos, S. (1997). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, (vol. 1, 127-161). McGraw-Hill Interamericana de España
- Lilenfeld, L.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320.
- López, P. L. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(8), 69-74.
- Lozano, Z. B. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In Crescendo*, 3(2), 299-311.
<https://doi.org/10.21895/incres.2012.v3n2.11>
- Machado, P. P., Grilo, C. M. y Crosby, R. D. (2017). Replication of a modified factor structure for the eating disorder examination-questionnaire: extension to clinical eating disorder and non-clinical samples in Portugal. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 75-80.
<http://doi.org/10.1002/erv.2569>
- Malhotra, N.K. (2004). *Investigación de mercados: un enfoque aplicado*. Pearson educación.
- Mantilla, E. F., Birgegard, A y Clinton, D. (2017). Factor analysis of the adolescent version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): results from Swedish general population and clinical samples. *Journal of Eating Disorders*, 5(19),
<https://doi.org/10.1186/s40337-017-0140-8>
- Martínez, M. R., Hernández y M. J., Hernández, M. V. (2014). *Psicometría*. Alianza editorial.
- Martínez-González, L., Fernández, T., Molina, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., Mateos, R. y Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en

- universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C. Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J. A., Rojas, E., Zembrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(1), 1-16.
- Mellor, B. y Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29(103), 217-228.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V. y García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592.
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Consculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., Valero, S. (2013). *Psicometría*. Editorial UOC.
- Miller, A. E., Racine, S. E. y Klonsky, E. D. (2019). Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. *Eating Disorders*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642034>
- Moreno, M., Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Pirámide.
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI*. Ediciones Pirámide.
- Naeimi, A. F., Haghighian, H. K., Gargari, B. P., Akizadeh, M. y Rouzitalab, T. (2016). Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students

- of medical sciences. *Eat and Weight Disorders*, 21(1), 597-605.
<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0283-7>
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V. Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R. y García-Palacios, A. (2018). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: a Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 636-649.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9906-9>
- Nunnally, J.C. (1973). *Introducción a la medición psicológica*. Paidós.
- Nunnally, J.C., Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica* (3.ª ed.). MC Graw Hill.
- Ochoa, C. y Orejas, G. (1999). Epidemiología y metodología científica aplicada a la pediatría (IV) pruebas diagnósticas. *Asociación española de pediatría*, 50(3), 301-314.
- OECD. (2019). *Higher Education in Mexico: Labour Market Relevance and Outcomes*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264309432-en>.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Owens, M. A., Van Strien, T., Van Leeuwe, J. F. J., Van der Staak, C. P. F. (2009). The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52(1), 234-237. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.07.010>
- Palmeroni, N., Lucyckx, K, Verschueren, M. y Claes, L. (2020). Body Dissatisfaction as a Mediator between Identity Formation and Eating Disorder Symptomatology in Adolescents and Emerging Adults. *Psychologica Belgica*, 60(1), 328-346.
<http://doi.org/10.5334/pb.564>

- Parker, K., Mitchell, S., O'Brien, P. y Brennan, L. (2016). Psychometric evaluation of disordered eating measures in bariatric surgery candidates. *The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care*, 26(3), 563-575. <https://10.1007/s11695-015-1780-x>
- Parker, K., Mitchell, S., O'Brien, P. y Brennan, L. (2015). Psychometric evaluation of disordered eating measures in bariatric surgery patients. *Eating Behaviors*, 19(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.007>
- Penelo, E., Villarroel, A. M., Portell, M. y Raich, R. M. (2011). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) an initial trial in Spanish male undergraduates. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 76-83. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000093>
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Bardone-Cone, A. M., Klein, M. y Le Grange, D. (2007). Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: factor Structure and Internal Consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 386-389. <https://doi.org/10.1002/eat>
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas, S. y Velasco, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), 49-55.
- Pino, J. L., López, M. A., Cofré, M. I., González, C. y Reyes L. (2010). Conocimientos alimentario-nutricionales y estado nutricional de estudiantes de cuarto semestre año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca. *Revista Chilena de nutrición*, 37(4), 418-426.

- Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri-Condori, L., Carhuancho, J., Taype, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 552-563.
- Portela, M., Ribeiro, H., Mora, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. y Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 109-116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M. y Vervaeke, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European eating disorders review*, 27(4), 381-190. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/erv.2666>
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12(2), 248-252.
- Ramme, R. A., Donovan, C. L. y Bell, H. S. (2016). A test of athletic internalization as a mediator in the relationship between sociocultural influences and body dissatisfaction in women. *Body Image*, 16(1), 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.002>
- Rand-Giovannetti, D., Cicero, D. C., Mond, J. M., y Latner, J. L. (2020), Psychometric properties of eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q): a confirmatory factor analysis and assessment of measurement invariance by sex. *Assessment*, 27(1), 164-177. <https://doi.org/10.1177/1073191117738046>

- Sáenz, S., González, F. y Díaz, S. (2011). Hábitos y trastornos alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 46-56. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300003>
- Sámano, L. F. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? *Nutrición clínica y Dietética hospitalaria*, 33(1), 38-42.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. y Barlow, D. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior research and therapy*, 50(1), 551-557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.005>
- Serier, K. N., Smith, J. E. y Yeater, E.A. (2018). Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in a non-clinical sample of non-Hispanic white and Hispanic women. *Eating Behaviors*, 31(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.08.004>.
- Shenoy, S. K. y Kumar, S. (2019). Borderline personality disorder and its association with bipolar spectrum and binge eating disorder in college students from South India. *Asian Journal of Psychiatry*, 44(1), 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.017>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Editorial Trillas.

- Soto, M. N., Marín, B., Aguinaga, I., Guillén, F., Serrano, I., Canga, N., Hermoso de Mendoza, J., Stock, C., Kraemer, A., y Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.7418>
- Stice, E. y Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00488-9)
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J. y Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy*, 27(1), 531-549.
- Thompson-Brenner, H., Boswell, J.F., Espel-Huynh, H., Brooks, G., Lowe y M. R. (2018). Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: a preliminary pre-post evaluation. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1045-1061. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1446563>
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147-151. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x>
- Unikel, C., Bojorquez, L., Díaz, C., Vázquez, V., Rivera, J. A., Sánchez, G. G. y Rocha, I. (2017). Validation of eating disorders examination questionnaire in Mexican women. *International journal of Eating Disorders*, 51(1), 146-154. <https://doi.org/10.1002/eat.22819>

- Vázquez, R., Álvarez, G., y Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
- Vázquez, R., Velázquez, G., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M. y Franco, K. (2010). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos. *Psicología y Ciencia Social*, 12(1), 5-11.
- Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A., Tocci, R. F., Sánchez, M. L., Moncaut, N. S., Roitman, D., Diumenjo, A., Menis, A. y Gallo, J. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, XVI, 103-114.
- Villarreal, A. M., Penelo, E., Portell, M. y Raich, R. M. (2011). Screening for eating disorders in undergraduate women: norms and validity of the spanish version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q). *Journal of Behavioral Assessment*, 33(1), 121-128. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9177-6>
- Widiger, T. A. y Samuel D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases. Mental and behavioral disorders*, (11th ed.) World Health Organization. <https://icd.who.int/en>
- World Health Organization. (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 17(4), 365-374.
- Wildes, J. E. y Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 396-403.
<http://doi.org/10.1002/eat.22091>
- Zueck, M. C., Solano-Pinto, N., Benvides, E. V. y Guedea, J. C. (2016). Imagen corporal en universitarios mexicanos diferencias entre hombre y mujeres. *Retos nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 30(1), 171-176.



Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

CDMX a _____ de _____ de 20____



Al dar mi autorización para participar en este estudio comprendo que:

- Este es un estudio de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Para participar en este estudio no se requiere mi nombre, ni mi dirección.
- Mi información será totalmente confidencial.
- Mi información se empleará únicamente para fines de investigación.
- Mi participación consistirá en responder cuatro cuestionarios sobre mi comportamiento.
- Tengo derecho de preguntar, acerca de este estudio, cualquier cosa que yo quiera.
- Tengo derecho de abandonar el estudio en el momento que yo lo desee sin ninguna repercusión.
- El grupo de investigación manejará mi información apegándose al código de ética profesional del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010. México: Trillas).
- Al participar en este estudio, no corro ningún riesgo mayor al de manejar un lápiz para escribir.
- Puedo preguntarle cualquier cosa sobre este estudio a los responsables, Karen Letechipía Díaz y Sebastián Pérez Hernández, alumnos y tesis de la Facultad de Psicología, UNAM (ldiaz.karen@gmail.com sebasphdz@gmail.com).

Expreso libremente y por escrito mi consentimiento informado para participar en esta investigación

FIRMA: _____

DATOS GENERALES

¿Eres hombre o mujer? HOMBRE () MUJER ()

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Alcaldía o municipio donde vives: _____

¿Qué carrera estás estudiando actualmente? _____

¿En qué universidad estás estudiando? _____

Situación actual: Titulado con cédula () En trámite de titulación () Pasante ()

Estudiante Semestre n° _____ / Trimestre n° _____ / Cuatrimestre n° _____ Especialidad titulado ()

Especialidad en curso () Especialidad trunca () Maestría titulado () Maestría en curso () Maestría

trunca () Doctorado titulado () Doctorado en curso () Doctorado trunca ()

¿Es tu primera carrera? Sí () No ()

¿Si tienes una licenciatura y/o ingeniería previa, cuáles? _____

¿Estudias otra carrera al mismo tiempo? Sí () No ()

¿En los últimos seis meses has recibido el diagnóstico de una enfermedad mental por parte de un psiquiatra?

Si respondiste que sí, ¿Cuál fue? _____

Anexo 2



Adicionalmente, se te hace una cordial invitación para participar en un estudio posterior que se realizará en la Facultad de Psicología, en el segundo semestre del 2020. Consistirá en la implementación de una intervención psicológica dirigida a la preocupación por la figura corporal, el peso y la comida. El tratamiento que recibirías sería gratuito, en todo momento se respetaría tu anonimato y tu información se manejaría con todos los lineamientos éticos que enmarca el Código de Ética del Psicólogo Mexicano. En caso de que desees participar (y de que seas candidata (o) para hacerlo), nos contactaríamos contigo para hacerte la invitación de forma individual y responder todas tus dudas.

Señala con una “X” si desees recibir la invitación para participar en la intervención psicológica.

Sí () No ()

Si desees recibir la invitación, por favor, proporciónanos los siguientes medios de contacto y un *alias* para que nosotros lo mencionemos cuando te contactemos:

Alias: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____