



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL *EATING DISORDER EXAMINATION-QUESTIONNAIRE* (EDE-Q 6.0) EN ADULTOS DE POBLACIÓN GENERAL DE LA ZONA METROPOLITANA DEL VALLE DE MÉXICO

TESIS

**QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA,**

P R E S E N T A:

ELEAZAR MENDOZA FLORES

**DIRECTOR: DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS
VALDEZ**

REVISORA: DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

**SINDOALES: DRA. CLAUDIA MARGARITA
RAFFUL LOERA,**

DRA. NAZIRA CALLEJA BELLO Y

DRA. ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES

Ciudad Universitaria, 2023

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>> Se agradece a la DGAPA-UNAM la beca recibida.





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1 – Psicometría	11
¿Qué es psicometría?	11
Test/Instrumento de medición.....	11
<i>¿Qué es? ¿Para qué sirve?</i>	11
<i>¿Qué es error en psicometría (modelo lineal clásico)?</i>	12
<i>Fases para la traducción y adaptación de un test</i>	13
<i>¿Cuáles son las propiedades de un test?</i>	15
<i>¿Qué es confiabilidad?</i>	15
<i>¿Qué es validez?</i>	16
Análisis Factorial Confirmatorio	18
¿Cuáles son las consideraciones éticas en la evaluación psicológica?	19
Conclusión	20
Capítulo 2 – Introducción a los Trastornos Alimentarios	22
Definición	22
Categorías diagnósticas de los Trastornos Alimentarios	23
Teoría del tratamiento transdiagnóstico de los Trastornos Mentales.....	24
<i>Teoría del tratamiento transdiagnóstico de los Trastornos Alimentarios</i>	26
<i>Psicoterapia transdiagnóstica de los Trastornos Alimentarios</i>	26
Conclusión e introducción al EDE-Q 6.0	29

Capítulo 3 – EDE-Q 6.0.....	30
Características principales del EDE-Q.....	30
Evidencia de la validez y confiabilidad del EDE-Q 6.0	31
Evidencia de la estructura factorial del EDE-Q 6.0.....	32
Conclusión	35
Método	49
Planteamiento del problema.....	49
Pregunta de investigación	52
Objetivo general.....	52
Objetivos específicos	52
Hipótesis	53
Participantes.....	53
<i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>55</i>
<i>Criterios de exclusión</i>	<i>56</i>
<i>Criterios de eliminación</i>	<i>56</i>
Instrumentos.....	56
<i>EDE-Q 6-0.....</i>	<i>56</i>
<i>BSQ-16.....</i>	<i>57</i>
Definición conceptual de variables.....	58
Definición operacional de variables.....	58
Procedimiento	59
Diseño	62
Análisis de datos	62

Resultados.....	64
Análisis Factorial Confirmatorio	64
Correlaciones inter-factor	65
Cargas factoriales.....	66
Confiabilidad (Consistencia interna)	68
Validez convergente.....	69
Regresión lineal simple.....	71
Invariancia entre sexos.....	72
Diferencias por sexo (resultados de la prueba <i>t</i> de Student).....	73
Discusión	78
Referencias.....	88
Apéndice A. Consentimiento y sociodemográficos	109
Apéndice B. EDE-Q 6.0	110
Apéndice C. BSQ-16	114
Apéndice D. Centros de Atención Psicológica.....	117

Resumen

El *Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0* (EDE-Q 6.0) es un instrumento autoaplicable ampliamente utilizado en todo el mundo para evaluar los principales síntomas de los trastornos alimentarios. Sin embargo, la estructura original de cuatro factores propuesta por Fairburn y Beglin (2008) no se ha replicado como se esperaba. Otros modelos factoriales han ofrecido una mejor explicación, por ejemplo, el de Parker et al. (2015, 2016), que consiste en 14 ítems distribuidos en cuatro factores. Si bien, estudios en población clínica y universitaria han apoyado esta estructura, no se la ha estudiado en población general. El propósito principal de este estudio fue adaptar el EDE-Q en población mexicana adulta, evaluar su validez de constructo, validez convergente y su consistencia interna. Se realizó un estudio instrumental, por medio de un muestreo no probabilístico, participaron 906 adultos (550 mujeres y 356 hombres) de población general de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). El análisis factorial confirmatorio (CFA) arrojó un mal ajuste para el modelo de medida original y un ajuste adecuado para el modelo de Parker et al. (2015, 2016). El EDE-Q mostró una adecuada validez convergente al correlacionar de forma directa y fuerte con la insatisfacción corporal (medida con el BSQ-8), así como una adecuada confiabilidad, tanto en mujeres como en hombres. Por lo tanto, se concluye que el EDE-Q es un cuestionario válido y confiable para detectar el grado de sintomatología principal de psicopatología alimentaria en población general de la ZMVM.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, EDE-Q, Confiabilidad, Validez, Psicometría, Transdiagnóstico, Análisis Factorial Confirmatorio.

Introducción

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (*[Eating Disorders]* ED, por sus siglas en inglés), según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (*[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition]* DSM-5, por sus siglas en inglés), son una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ésta, la cual conlleva dificultades en el consumo o en la absorción de los alimentos (*[American Psychiatric Association]* APA, por sus siglas en inglés, 2014). Dicha afección también causa un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial del individuo.

A nivel mundial, un estudio epidemiológico sobre los ED en población general reportó que la tasa de prevalencia de estos trastornos a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses en países occidentales fue de 1.89% y del .68%, respectivamente (Qian et al., 2022). Además, se confirmó que la prevalencia en las mujeres, a lo largo de la vida, fue mayor que en los hombres (2.58% y .74%, respectivamente). En América Latina, los trastornos alimentarios en población general han sido diferentes en comparación con otros países occidentales (Kolar et al., 2016), ya que se han reportado tasas de prevalencia media ponderada mayor para la Bulimia Nerviosa (*[Bulimia Nervosa]* BN, por sus siglas en inglés) en comparación con la Anorexia Nerviosa (*[Anorexia Nervosa]* AN, por sus siglas en inglés): .10% para AN, 1.16% para BN y 3.53% para trastorno por atracones (*[Binge Eating Disorder]* BED, por sus siglas en inglés). En población general de México, se ha reportado una prevalencia de la BN a lo largo de la vida de 1.80% para mujeres y .60% para hombres (Unikel y Bojorquez, 2007). Asimismo, recientemente se ha reportado que los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran entre las principales afectaciones en población mexicana, con una distribución de 34 (IC [Intervalo de Confianza]: 21

a 50) AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) por cada 100,000 hombres y 92 (IC: 59 A 127) AVAD por cada 100,000 mujeres (Vigo, et al., 2020).

A pesar de no ser problemas de salud mental tan frecuentes en comparación con otros trastornos, como los emocionales (por ejemplo, depresión en México a lo largo de la vida, 10.40% en mujeres y 5.40% en hombres; Rafful et al., 2012), estos problemas causan especial atención por su asociación con varias complicaciones médicas y psicosociales (Le et al., 2017), y por influir considerablemente en la calidad de vida de las personas que los padecen (Qian et al., 2013). La magnitud de estos problemas es mayor cuando se reporta comorbilidad con enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad (da Luz et al., 2018) u otros tipos de psicopatología (hasta 71% con algún trastorno psiquiátrico), incluyendo conductas autolesivas (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016) y riesgo suicida (Smith et al., 2019). Además, cuando los problemas alimentarios se evalúan a partir de un enfoque dimensional la prevalencia aumenta considerablemente, por ejemplo, en adolescentes se ha encontrado una variación en la prevalencia de insatisfacción corporal entre 32.20% y 83% (Côttes et al., 2013).

Por lo anterior, resulta necesaria la evaluación de los problemas alimentarios desde un enfoque dimensional. Es así que se pretende evaluar estos trastornos a partir del Cuestionario Examen de los Trastornos Alimentarios (*[Eating Disorder Examination Questionnaire]* EDE-Q 6.0), cuestionario que evalúa los principales indicadores de los trastornos alimentarios (Fairburn y Beglin, 2008) y que es congruente con la perspectiva dimensional de la psicopatología, pues se trata de un instrumento que arroja puntajes intervalares que se agrupan de forma natural de acuerdo con lo que contestan las personas. Esto indicaría un continuo de magnitudes que sentarían las bases para establecer un parámetro poblacional. Por ello, el presente trabajo tiene como propósito primordial evaluar las propiedades psicométricas del EDE-Q en población

general de la Zona Metropolitana del Valle de México. A lo largo de este escrito se desarrollan tres capítulos teóricos que sustentan la base argumentativa de los análisis estadísticos, se describe el método utilizado, los resultados y su debida discusión con la literatura revisada.

El primer capítulo describe brevemente las bases teóricas y metodológicas de los estudios instrumentales: el concepto psicometría, la descripción funcional de un test psicológico, el modelo lineal clásico propuesto por Spearman, los pasos a seguir para la adecuada traducción y adaptación de un cuestionario psicológico, las propiedades psicométricas que estos cuestionarios deben presentar, como confiabilidad y validez, las consideraciones éticas para la evaluación psicológica y la relación que esto tiene con la evaluación de los trastornos alimentarios.

El capítulo dos desarrolla el concepto de los trastornos alimentarios desde la perspectiva de los manuales internacionales diagnósticos de trastornos mentales (por ejemplo, Clasificación Internacional de Enfermedades, onceava edición, [CIE-11] y DSM-5), se describen las consecuencias de estos problemas a nivel funcional de las personas y se argumenta la limitación que tiene la evaluación desde la perspectiva categorial de los trastornos emocionales. De esta forma se da paso al desarrollo de la perspectiva dimensional de los trastornos psiquiátricos, enfatizando los trastornos alimentarios. Se describe también el tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología como una gran ventaja que conlleva la evaluación desde esta perspectiva dimensional. Como ejemplo, se muestra el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) y la eficacia, efectividad y eficiencia que ha demostrado.

A modo de conclusión de estos capítulos teóricos, se expone el capítulo tres. En este se describe el EDE-Q, desde su contenido, hasta la evidencia que ha recopilado a lo largo de poco más de veinte años. Se discute la necesidad de sumar a la evidencia de las propiedades

psicométricas de este instrumento en población general y de evaluar su estructura factorial con modelos congruentes con la teoría y sustentados firmemente en una metodología rigurosa, por ejemplo, el modelo de 14 ítems distribuidos en cuatro factores de Parker et al. (2015, 2016). Este modelo cobra especial relevancia por incluir factores que describen comportamientos cognitivos, conductuales y emocionales.

En el apartado *método* se describe la justificación, la pregunta de investigación, los participantes, instrumentos e hipótesis que guiaron el presente trabajo. Participaron más de mil adultos de población general provenientes de la Zona Metropolitana del Valle de México. 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 correlacionarse con el constructo Insatisfacción corporal a partir del *Body Shape Dissatisfaction* (BSQ-8) (Welch et al., 2012).

En la sección de resultados se encuentran los hallazgos que mostraron que el EDE-Q posee adecuadas propiedades psicométricas en población general. El presente estudio probó la invariancia de medición propuesto por Parker et al. (2015) en mujeres y en hombres. El modelo mostró un ajuste adecuado en ambos sexos, así como una buena consistencia interna. Hubo correlaciones con magnitudes débiles, moderadas y fuertes, y positivas, entre el EDE-Q y el BSQ-8, lo cual sumó evidencia para la validez convergente del EDE-Q.

Finalmente, en el apartado de discusión, se contrastan y comparan los resultados con la literatura revisada. Además, se describen las limitaciones del presente estudio y se proponen alternativas de acción para mejorar dichas limitaciones. Este estudio instrumental suma a la evidencia de las propiedades psicométricas del EDE-Q en población general, lo que permitirá identificar adecuadamente los principales síntomas de los trastornos alimentarios desde una

perspectiva dimensional de la psicopatología. Se concluye que el EDE-Q es un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas, y funciona como un cuestionario para la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Capítulo 1 – Psicometría

¿Qué es psicometría?

La psicometría es definida por Meneses et al. (2013) como aquella rama de la psicología encargada del desarrollo de teorías, métodos y técnicas que dan apoyo a los procesos de construcción y administración de tests. Asimismo, los autores mencionan que el objetivo principal de esta disciplina es garantizar una medida objetiva y estandarizada de los fenómenos psicológicos (no observables) a través del método científico y de una muestra de comportamientos, tal y como ya lo definió Aragón, posteriormente, en 2015.

Dentro de los diferentes sistemas de evaluación que se han situado a lo largo de la historia de la humanidad, la psicometría ha jugado un papel importante, por ejemplo, para registrar, seleccionar, promocionar, diagnosticar o pronosticar distintas dimensiones psicológicas a las que no era fácil acceder a partir de la observación directa (Meneses et al., 2013), para ello, se diseñaron los tests o instrumentos de medición que se describen a continuación.

Test/Instrumento de medición

¿Qué es? ¿Para qué sirve?

Según la Real Academia Española (2020), *test* es un término inglés que se refiere a una prueba destinada a evaluar conocimientos o aptitudes; caracterizado por tener opciones múltiples. El término está incluido en palabras de uso común como lo son testigo o testimonio, y tiene su origen en el latín (*testis*). De acuerdo con Aragón (2015), dentro del campo de la psicometría, las pruebas miden rasgos o atributos que diferencian a un individuo de otro, a lo que el propósito de ésta es estimar la cantidad de dicho rasgo. La autora desglosa las principales características que debe poseer un test o prueba psicológica, entre ellas, medida objetiva, muestra

de conductas, técnica sistemática, establecimiento de normas de comparación y predicción o inferencia.

Para el caso de la primera característica, López y Corpus (2017) mencionan que la objetividad de una prueba estandarizada se relaciona con la neutralidad, imparcialidad e impersonalidad que tiene un observador o evaluador con los resultados, es decir, que no haya injerencia de sus juicios de valor, prejuicios de sesgo y que se pueda adaptar de un contexto a otro. Asimismo, al hablar de muestra de conductas, Aragón (2015) hace referencia, como el propio nombre lo indica -muestra de conductas-, a un conjunto representativo de conductas que permiten al evaluador hacer inferencias acerca de la totalidad de conductas relacionadas con el fenómeno estudiado con el test. El establecimiento de normas no es más que cimentar una normatividad de puntuación con la que se compararán los resultados de un individuo. Para el caso de la inferencia, la autora se refiere a la posibilidad de predecir comportamientos futuros con base en la ejecución del individuo. La técnica sistemática, en cambio, aborda las normas de una prueba (Hogan, 2015); en este rubro se determinan las instrucciones, el tiempo límite para su realización y el número de reactivos, entre otras, para disminuir el error en la obtención de los resultados.

¿Qué es error en psicometría (modelo lineal clásico)?

Al hablar de error en la obtención de los resultados o las puntuaciones empíricas de los tests podemos remontarnos a la Teoría Clásica de los Test fundamentada principalmente por Spearman (Barbero et al., 2015; Muñiz, 2018). Esta teoría desarrolla el modelo lineal clásico que contiene tres elementos de base: hay una puntuación total de una persona obtenida por los instrumentos de medición o test (X) que consta de la suma de la puntuación verdadera (V) y la puntuación inevitable dada por el error (e).

$$X = V + e$$

Fases para la traducción y adaptación de un test

Cuando en psicología se pretende medir un constructo teórico mediante un test en una población determinada, se vislumbran dos opciones: la primera, construir un instrumento desde cero, la segunda, adaptar uno que ya esté hecho. Además de lo mencionado, el proceso de crear o construir un test puede ser guiado, o bien porque los instrumentos existentes presentan deficientes propiedades psicométricas, o bien porque no incorporan algún elemento de suma importancia para analizar dicho constructo teórico, o sencillamente porque han quedado obsoletos (Muñiz, 2018). Dicho proceso es complicado y varía en función de múltiples factores, por ejemplo, el objetivo del instrumento (si es para evaluar, seleccionar, intervenir, etcétera), el modelo psicométrico utilizado (Teoría clásica, Teoría de Respuesta al Ítem), el tipo de respuesta requerido, el formato de aplicación, el contexto de evaluación (clínico, educativo, organizacional, etcétera), entre otros (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Es por lo anterior que la creación de un test trae consigo diversas dificultades y representa un gran obstáculo. Además, entre sus requisitos necesarios está el delimitar con claridad la variable que es objeto de medición, el contexto de aplicación, las circunstancias en las que se administrará dicho instrumento, el formato de aplicación, el tipo de decisiones que se tomarán en función de sus puntuaciones, en suma, la elaboración de un manual que permita la correcta utilización del test por otras personas o instituciones (Muñiz, 2018). Estos pasos se pueden soslayar cuando se tiene como alternativa la adaptación de un instrumento.

No obstante, traducir y adaptar un instrumento psicométrico también es un proceso complejo que requiere de ciertos criterios que controlen fuentes de error intervinientes y que

ayuden a conseguir el máximo nivel de equivalencia lingüística, cultural, conceptual y métrica posible. Como facilitadores para este proceso, existen directrices internacionales que guían su correcta adaptación. La Comisión Internacional de Tests (*[International Test Commission]* ITC, por sus siglas en inglés) se ha dedicado desde su nacimiento en 1994 a establecerlas y actualizarlas. La segunda edición de las directrices para la traducción y adaptación de tests, resume dieciocho pautas agrupadas en seis apartados que se identifican por las siguientes características (International Test Commission, 2017; Muñiz et al., 2013):

1. Condiciones previas. Como su nombre lo indica, son una serie de requisitos que deben anteceder a la ejecución de cualquier adaptación, por ejemplo, cuestiones de propiedad intelectual del instrumento objetivo, análisis de las características del constructo a medir y minimizar la influencia de las diferencias culturales y lingüísticas.
2. Desarrollo del test. En este apartado se recomienda elegir expertos con experiencia para asegurar un adecuado proceso de adaptación lingüístico, psicológico y cultural, además del uso de pruebas piloto como parte de una esmerada traducción de significados.
3. Confirmación. Se hace énfasis en los análisis empíricos o estadísticos que ayuden a equiparar las propiedades psicométricas entre el instrumento original y el adaptado.
4. Administración. La forma de aplicar un instrumento debe ser homogénea, por lo que se recomienda cuidar rigurosamente las interacciones aplicador-examinado.
5. Calificación e interpretación. Al momento de comparar los resultados de un test adaptado se recomienda hacerlo cautelosamente, debido a que rara vez las poblaciones objetivo son equiparables entre sí.
6. Documentación. Por último, este conjunto de directrices demanda la escritura de todo el proceso que se llevó a cabo para la adaptación de un determinado test, es decir, la redacción de los cambios y modificaciones que pueden ayudar a la interpretación final del instrumento.

¿Cuáles son las propiedades de un test?

Para este punto, quien lee habrá notado que la mayoría de los criterios o directrices descritos anteriormente abordan aspectos metodológicos a excepción de uno: la directriz de confirmación. Esta directriz resalta la importancia de las propiedades psicométricas al momento de traducir y adaptar un test, por ello se describirá con mayor detenimiento este aspecto. Entre los detalles más destacados de los instrumentos se encuentran sus propiedades de medición, ya que ofrecen garantía de los datos obtenidos, siendo precisos, válidos e interpretables en una determinada población (Souza et al., 2017). Las propiedades que ofrecen estas garantías son la confiabilidad y validez.

¿Qué es confiabilidad?

Diversos autores coinciden en que la confiabilidad consiste en la capacidad de un instrumento de ofrecer resultados estables en tiempo y circunstancia. Al abordar el concepto de confiabilidad se habla de un continuo que depende totalmente del error, es decir, entre menor sea el error en la medición, mayor será la confiabilidad de un instrumento y viceversa (Aragón, 2015; Souza et al., 2017). Ahora bien, cabría preguntarse cómo es que se mide esta confiabilidad.

Se pueden encontrar diversas clasificaciones de confiabilidad de una prueba, por ejemplo, según Reidl-Martínez (2013) se pueden distinguir de la siguiente manera: 1) división por mitades o consistencia interna, 2) formas paralelas o coeficiente de estabilidad y equivalencia, 3) estabilidad temporal o coeficiente de estabilidad y 4) consistencia interna pura. Para Muñiz (2018), el coeficiente de fiabilidad se puede calcular a partir de tres métodos diferentes: 1) método de formas paralelas, 2) métodos test-retest y 3) método de dos mitades. Hasta cierto

punto se podrían encontrar similitudes entre ellas, debido a que todas las formas de estimar la confiabilidad de un test evalúan que éste carezca de error de la medida.

Por su homogeneidad en la clasificación y para propósitos de este trabajo, se elige y describe la clasificación que propone Aragón (2015): 1) confiabilidad como estabilidad de la medida que hace referencia a la similitud existente entre las medidas obtenidas de un instrumento dadas dos aplicaciones alejadas en tiempo a un mismo grupo de personas; esta similitud indicaría, por supuesto, que los errores son mínimos y debidos al azar; 2) confiabilidad como consistencia interna, hace referencia a que los reactivos de un test evalúan el atributo psicológico propuesto, además de presentar una fuerte correlación con el puntaje total de la prueba, para este método no es necesaria una segunda aplicación al mismo grupo de personas.

¿Qué es validez?

Por otro lado, pero equiparable en importancia, se presenta la validez como la siguiente propiedad psicométrica. Generalmente es descrita como aquella cualidad de la prueba que consiste en su capacidad de medir aquello para lo que fue diseñada, en otras palabras, esta cualidad demuestra que las inferencias obtenidas de un test acerca del funcionamiento de las personas son correctas (Muñiz, 2018). Para hacer una evaluación adecuada de la validez de un test se necesita que el instrumento sea confiable, es decir, la validez se evalúa después de haberse estimado la confiabilidad, no al revés (Aragón, 2015).

Algunos autores respaldan que la validez hace referencia al grado en que la evidencia empírica obtenida y la(s) teoría(s) subyacente(s) apoyan las inferencias que se hagan a partir de las puntuaciones obtenidas de un test, y que la validación es un proceso continuo que permite obtener diferentes tipos de evidencia empírica, es decir, que hay varias maneras de presentar

datos sólidos acerca de la validez (Barbero et al., 2015; Muñiz, 2018). Por lo anterior, se reconoce la distinción entre los conceptos validez y validación para realizar una revisión teórica. No hay varios tipos de validez, más bien la validez se puede obtener de diversas formas como se describe a continuación.

Barbero et al. (2015) mencionan los siguientes componentes que muestran evidencia de la validez de un test: 1) validez de contenido, 2) validez de criterio y 3) validez de constructo. La primera hace referencia a la relevancia y representatividad del constructo a medir y, por tanto, a los ítems y las instrucciones para su adecuada aplicación, corrección y puntuación; para evaluarla el método más utilizado es a través del juicio de diferentes expertos, es decir, la opinión de un grupo de especialistas acerca del grado en que los ítems miden el constructo teórico planteado. La validez de criterio, en cambio, hace referencia a qué tan acertadas son las inferencias o predicciones acerca del comportamiento de las personas a quienes se les aplicará el test; para evaluarla hay dos maneras: validez de criterio concurrente y validez de criterio predictiva.

La validez de criterio concurrente evalúa el grado en que se relacionan los resultados de dos instrumentos aplicados simultáneamente, por ejemplo, la relación de los resultados entre un cuestionario que mide el método docente y otro que mide la satisfacción del estudiante con respecto a la labor docente de su profesor(a) (Mazón et al., 2009); en cambio, la validez de criterio predictiva evalúa el grado en que se relacionan los resultados de dos constructos espaciados en tiempo, por ejemplo, el tiempo de espera de usuarios en un Servicio de Atención Psiquiátrica Continua que se predice a partir de un instrumento de *triage*¹ psiquiátrico (García, 2018).

¹ Clasificación de los pacientes según la gravedad de su padecimiento en el área de urgencias.

Finalmente, la validez de constructo se refiere a la capacidad del test para medir el constructo teórico que se pretende comparando los resultados de dicho instrumento con otro que mida lo mismo, algo semejante o algo con lo que no tenga relación teórica, por ejemplo, se esperaría que las puntuaciones de un test que mide insatisfacción con la imagen corporal y otro que mida sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria correlacionaran de forma positiva y moderada (validez de constructo convergente) (Franco-Paredes et al., 2018), o que un instrumento que midiera el nivel de espiritualidad de las personas no correlacionara, o muy poco y sin significancia estadística, con la identificación de género de las personas (validez de constructo divergente) (Gonzalez-Rivera et al., 2017) debido a que es congruente dentro de un sistema teórico de la psicología.

Análisis Factorial Confirmatorio

Otra consideración importante en el desarrollo, evaluación y uso de una prueba psicológica es la dimensionalidad de esta. Este concepto hace referencia a la estructura interna de la prueba, es decir, al número y la naturaleza de los constructos psicológicos que se evalúan mediante los ítems (Furr, 2022). La gran importancia de este aspecto psicométrico radica en lo siguiente: conforme un conjunto de preceptos (o teoría), se puede diseñar una prueba que coincida con una estructura dimensional específica (una sola dimensión, varias dimensiones que se relacionan entre sí o varias dimensiones que no se relacionan entre ellas), y es a partir de los exámenes o análisis estadísticos posteriores que se puede revelar si dicha prueba coincide con la dimensionalidad propuesta; dicho de otra manera, se revela qué ítems se agrupan con otros. Asimismo, en términos de uso, la dimensionalidad de una prueba guía su propia calificación e interpretación.

Las dos maneras de evaluar la dimensionalidad de una prueba psicológica son el Análisis Factorial Exploratorio (*Exploratory Factor Analysis*; EFA, por sus siglas en inglés) y el Análisis Factorial Confirmatorio (*Confirmatory Factor Analysis*; CFA, por sus siglas en inglés). El primer análisis se considera más apropiado cuando se tiene poca noción sobre la naturaleza del fenómeno psicológico estudiado, en cambio, el CFA es más apropiado cuando ya existen hipótesis claras sobre la estructura interna de la prueba (Bandalos, 2018). No obstante, estas propiedades psicométricas no son las únicas características que se deben tomar en cuenta al momento de hacer una evaluación psicológica; entre otras cosas, se encuentran las consideraciones éticas.

¿Cuáles son las consideraciones éticas en la evaluación psicológica?

El apartado calidad de valoración o evaluación psicológica del Código Ético del Psicólogo Mexicano (Artículos 15-28) hace especial énfasis en que debe haber un sustento de información y técnicas suficientes y actuales que se utilicen para las interpretaciones de una evaluación psicológica y las recomendaciones que subyacen a la misma, entre tantas técnicas de evaluación, se mencionan pruebas, cuestionarios o instrumentos que tengan como base procedimientos científicos y conocimiento profesional actualizado (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). En primer lugar, se mencionan aquellas acciones que es obligatorio evitar. Los artículos 18 y 22 invitan al personal de psicología a que identifiquen situaciones en las que los instrumentos de medición no se deban emplear, por mencionar algunas, cuando los instrumentos sean obsoletos, cuando haya pruebas que solamente estén traducidas de otro idioma o cuyos datos acerca de su construcción, adaptación, validez, confiabilidad, estandarización o investigación sean deficientes o se hayan determinado con base en poblaciones diferentes a las que se pretende valorar. Asimismo, y como consideración extra, es obligatorio para el personal

de psicología evitar que se promueva el uso de técnicas de valoración por personas no cualificadas (Artículos 21 y 26).

Por lo anterior, se puede subrayar la idea de que hay pautas científicas y éticas que se deben seguir para que un instrumento de valoración psicológica posea y garantice su confiabilidad, validez y normas para su apropiada aplicación. Ejemplo de esto es el procedimiento para la adaptación de un test que se ha descrito anteriormente (metodología de investigación) y la utilización adecuada de pruebas estadísticas para someter a prueba las hipótesis planteadas (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Los análisis estadísticos variarán en función del planteamiento del problema, el tipo de hipótesis que se plantee y el nivel de medición de las variables que la conforman. Algunos análisis paramétricos más utilizados para sustentar estadísticamente los hallazgos son el coeficiente de correlación de Pearson, la regresión lineal, la prueba t de Student, el análisis de varianza unidireccional, el análisis de varianza factorial, entre otros.

Conclusión

Lo que se ha descrito hasta ahora es una visión general de los factores a tomar en cuenta para construir, desarrollar, adaptar o administrar y utilizar pruebas de evaluación psicológica, mismos que han sido resultado de un gran esfuerzo por medir aquello que no es observable de forma directa, diversas dimensiones psicológicas han sido objeto de este proceso y los trastornos alimentarios no son la excepción. Por ello, Fairburn y Cooper en 1993 diseñaron una entrevista semiestructurada para evaluar los trastornos alimentarios, conocida como *Eating Disorder Examination* (EDE, por sus siglas en inglés), que un año después fue plasmada y transformada en un cuestionario de autoinforme (Fairburn y Beglin, 1994). El siguiente capítulo se destinará a describir teórica y metodológicamente el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q,

por sus siglas en inglés) para dar a conocer su importancia, entre muchos otros tests, para medir los principales indicadores de la psicopatología alimentaria.

Capítulo 2 – Introducción a los Trastornos Alimentarios

Definición

Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (*[Eating Disorders]* ED, por sus siglas en inglés), según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (*[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition]* DSM-5, por sus siglas en inglés), son una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ésta, que conlleva dificultades en el consumo o en la absorción de los alimentos (*[American Psychiatric Association]* APA, por sus siglas en inglés, 2014). Dicha afección también causa un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial del individuo (Le et al., 2017; Qian et al., 2013; Wade et al., 2012). A su vez, este manual expone criterios diagnósticos para los distintos ED, tales como AN, BN, BED, pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Adicionalmente, propone dos categorías más para aquellos casos en los que no se cumplen todos los criterios de alguno de los trastornos anteriores: 1) otro trastorno alimentario especificado (*[Other Specified Feeding or Eating Disorder]* OSFED, por sus siglas en inglés) y 2) trastorno alimentario no especificado (*[Unspecified Feeding or Eating Disorder]* EDNOS, por sus siglas en inglés).

Asimismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su onceava edición (CIE-11), agrega que dichos comportamientos anormales vinculados con la alimentación no pueden ser explicados por otra afección de salud, no son apropiados de acuerdo con el nivel de desarrollo, ni tampoco congruentes con las normas culturales (OMS, 2019).

Categorías diagnósticas de los Trastornos Alimentarios

En un primer apartado, es de relevancia mencionar que, tras minuciosas revisiones y en contraste con la investigación científica, el DSM en todas sus ediciones, se ha basado más en el consenso de expertos que en pruebas científicas (Echeburúa et al., 2014). Al fincar su propuesta teórica en un modelo médico categorial, y por tratarse de trastornos mentales, se ve reflejada una ausencia de límites claros entre las categorías descritas (Kotov et al., 2017). Existen varias investigaciones que dan cuenta de esta limitación en el estudio de trastornos mentales (Burns y Teesson, 2002; Păsărelu et al., 2017; Roca et al., 2009), por ejemplo, se sabe que hay una elevada comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo, padecimientos que presentan elevadas prevalencias en la atención primaria de la salud (Martín-Merino et al., 2010; Martínez et al., 2017; Tiller, 2013; Vries et al., 2020) y que generalmente se atienden como dos ejes diferentes.

Los trastornos alimentarios o de la alimentación no son la excepción, hay evidencia de la comorbilidad existente entre trastornos por atracones y bulimia nerviosa no purgativa (Ramacciotti et al., 2005); bulimia nerviosa y trastornos por atracones comórbidos con trastorno bipolar (Wildes et al., 2008); ansiedad social comórbida con trastornos alimentarios (Kerr-Gaffney et al., 2018); trastornos de la personalidad comórbidos con anorexia y bulimia nerviosa (Martinussen et al., 2017); preocupaciones relacionadas con el atracón y síntomas depresivos (Hazzard et al., 2019); entre otros (Blinder et al., 2006). De acuerdo con una gran base de datos clínicos ($N = 11,588$) de Suecia (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016), los trastornos alimentarios presentan elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad (53%), trastornos del estado de ánimo (43%) y trastornos por uso de sustancias (10%). Asimismo, la autolesión no suicida fue informada por el 21% de mujeres y el 17% hombres de Cataluña con ED (Keski-Rahkonen y

Mustelin, 2016). Esto último cobra especial relevancia. Los registros suecos antes mencionados sobre los ED se asociaron con un riesgo sustancial de intentos de suicidio y muerte, hasta cinco veces más comunes entre personas con algún ED en comparación con personas sin ED, por tanto, y en relación con Hoek (2016), se podría indicar que los ED aumentan sustancialmente la mortalidad.

Lo anterior sugiere que categorizar a las personas por el mero conteo de síntomas para un diagnóstico diferencial no sería la mejor forma de explicar la realidad. Además, existen otras deficiencias documentadas de los trastornos mentales, tales como los falsos positivos, los falsos negativos, la migración diagnóstica, la omisión de síntomas clínicamente relevantes y la creación de cada vez más categorías como solución a la incapacidad de abarcar todas las variedades de los trastornos (Hernández-Guzmán et al., 2020).

Teoría del tratamiento transdiagnóstico de los Trastornos Mentales

Una explicación propuesta por algunos autores que pretende subsanar estas limitaciones es la teoría transdiagnóstica de los trastornos mentales, que hace referencia a la identificación de procesos o factores de mantenimiento de la psicopatología, que son los elementos en común que subyacen a las distintas categorías. Según esta teoría, los trastornos serían pequeñas variaciones de dimensiones sólidas más amplias o nucleares (Brown y Barlow, 2009; Bullis et al., 2019; Lampard et al., 2013).

Un ejemplo de los estudios realizados sobre la teoría transdiagnóstica se encuentra en el campo de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, terreno en el que se han revelado las similitudes de estos trastornos en su etiología y estructura, y que a su vez han reemplazado sus diferencias (Barlow et al., 2004, 2016). La finalidad de profundizar en la

naturaleza de los trastornos emocionales es identificar los componentes terapéuticos fundamentales para evolucionar y mejorar los tratamientos clínicos basados en evidencia. Así, surge el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU), una intervención cognitivo-conductual que tuvo su origen en 1988 con un acercamiento a la explicación teórica sobre las “tendencias hacia la acción” de las emociones desadaptativas (hoy conocidas como conductas impulsadas por las emociones) y la incontrolabilidad de los eventos vitales y la atención enfocada en las interpretaciones negativas (hoy conocida como neuroticismo o síndrome de afecto negativo). Se concreta así el PU y que aborda cinco procesos terapéuticos centrales para los trastornos emocionales llevados a cabo en cinco módulos de tratamiento (Barlow et al., 2020; Osmá, 2019). Los componentes básicos o procesos terapéuticos centrales se enfocan en la emocionalidad negativa y las reacciones aversivas a las emociones cuando ocurren; dichos módulos son precedidos por una sesión introductoria, un módulo sobre motivación y otro sobre psicoeducación de las emociones, al final, hay un último módulo de prevención de recaídas.

Hay varios estudios que demuestran la eficacia del PU en los trastornos emocionales. Un metaanálisis realizado por Sakiris y Berle (2019), da cuenta de lo mencionado. Se analizaron 15 estudios con un total de 1,244 participantes, con lo que, de forma general, se demostraron reducciones de tamaño de efectos grandes en síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico con y sin agorafobia, trastorno de ansiedad social y trastorno límite de la personalidad, medidas que se mantuvieron estables durante un periodo de 6 meses. Aunado a lo anterior, al compararse con las condiciones de control inactivo, el PU demostró reducciones moderadas y grandes del tamaño de los efectos en depresión y ansiedad, respectivamente, datos que son similares a los obtenidos en

metaanálisis previos que evaluaban la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual ([*Cognitive Behaviour Therapy*] CBT, por sus siglas en inglés). Esta similitud puede indicar que los procesos clave basados en la CBT orientado a un lenguaje centrado en las emociones (experiencias, patrones de respuesta cognitivas y conductuales) proporcionan beneficios de tratamiento comparables a la CBT estándar.

Teoría del tratamiento transdiagnóstico de los Trastornos Alimentarios

En el contexto de los ED, Fairburn et al. (2003) propusieron dos grupos de factores que explicarían dicha psicopatología desde la perspectiva transdiagnóstica. El primer grupo hace referencia al núcleo central de la psicopatología alimentaria, que abarca la sobrevaloración de la comida, forma/figura corporal, peso y su control. En cambio, el segundo grupo de mecanismos de mantenimiento -denominados adicionales- se refiere a la influencia del perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia a los estados de ánimo y dificultades interpersonales en esta psicopatología particular. Respecto a estos últimos, no se afirma que sean los cuatro procesos los que estén interactuando de manera simultánea, ni mucho menos que se presenten en todas las personas con alguna psicopatología alimentaria, por el contrario, se recomienda evaluar con minuciosidad estos cuatro procesos de mantenimiento con el propósito de comprender a cada persona y recomendar un tratamiento adecuado, además de favorecer resultados completos y duraderos.

Psicoterapia transdiagnóstica de los Trastornos Alimentarios

La Terapia Cognitivo Conductual-Mejorada ([*Enhanced Cognitive Behaviour Therapy*] CBT-E, por sus siglas en inglés) es una forma específica de la Terapia Cognitivo-Conductual diseñada para toda la gama de diagnósticos de los ED (Fairburn, 2008). Se sustenta en la teoría

transdiagnóstica de los mecanismos implicados en los trastornos alimentarios y ha mostrado ser eficaz como tratamiento para la psicopatología de los ED. Por ejemplo, Jong et al., en 2020, compararon la eficacia de la CBT-E con la de un tratamiento convencional ([*Treatment as usual*] TAU, por sus siglas en inglés), que se basó en su mayoría en los principios de la CBT. Un total de 143 participantes fueron inscritos en tres centros de salud mental holandeses entre 2013 y 2016; los diagnósticos variaron entre AN ($n = 13$), BN ($n = 50$), BED ($n = 38$) y OSFED ($n = 42$), de los cuales, aleatoriamente se asignaron 71 participantes a CBT-E y 72 a TAU. Los resultados fueron los siguientes: después de 80 semanas, no se encontraron diferencias entre las condiciones en la recuperación de los trastornos alimentarios (CBT-E 60.90%; TAU 43.60%), o en la disminución de la psicopatología global de los mismos y los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión; no obstante, en las primeras seis semanas durante el tratamiento hubo una disminución mayor en la psicopatología en la condición CBT-E. La tasa de recuperación posterior al tratamiento para CBT-E a las veinte semanas fue significativamente superior al TAU (57.70% y 36%, respectivamente); además, la CBT-E fue más eficaz para mejorar la autoestima, fue el tratamiento más corto y menos intensivo, lo que lo hace mejor en términos de la relación costo-efectividad en su aplicación, una ventaja que no debería pasarse por alto.

En otro ensayo controlado aleatorizado (ECA) en el que se compararon los efectos de la CBT-E con los de la Terapia Interpersonal ([*Interpersonal Therapy*] IPT, por sus siglas en inglés), la principal alternativa como tratamiento para personas con un ED, se encontró evidencia a favor de la CBT-E (Fairburn et al., 2015); 130 participantes diagnosticados con un trastorno alimentario (BN = 40.80%; BED = 6.20%; Otros ED = 53.10%) fueron reclutados y aleatorizados entre 2006 y 2011 en una clínica del Reino Unido. En el postratamiento, la proporción de participantes en remisión (puntaje global en la entrevista clínica EDE < 1.74)

sujetos a CBT-E, fue casi el doble que la de los que recibieron IPT (CBT-E – 38/58, 65.60%; IPT – 20/60, 33.30%). En la condición CBT-E, un 44.80% (26/58) de los participantes reportó no recurrir a atracones, vómitos o uso laxantes en comparación con un 21.70% en la condición IPT.

Los cambios observados en la condición CBT-E se mantuvieron, por ejemplo, al final del tratamiento la puntuación media global de la EDE fue de 1.51 (DE = 1.2) y en el seguimiento de las 60 semanas fue de 1.51 (DE = 1.20); la proporción de personas en remisión aumentó ligeramente entre el final del tratamiento (65.50%; 38/58) y a las 60 semanas del seguimiento (69.40%; 34/49). En la condición IPT, el nivel de psicopatología disminuyó durante el seguimiento, con el resultado de que la diferencia media ajustada en la puntuación global de la EDE ya no era significativa a las 60 semanas en ambas condiciones (Razón de probabilidades ajustada [*Adjusted Odds Ratio*] = -.28, Índice de Confiabilidad [IC] 95%: -.74 a .18, $p = .23$), la excepción fue claramente el resultado de la remisión a las 60 semanas del seguimiento que se mantuvo más alta en los participantes sujetos a la CBT-E (70%; 28/40) en comparación con lo obtenido en la IPT (50%; 23/46).

Por último, al comparar los datos de la puntuación global de psicopatología alimentaria de este estudio con los proporcionados por Fairburn et al. (2009), se pueden observar efectos sustanciales que se mantuvieron en el seguimiento. La magnitud de la respuesta fue parecida en ambos estudios: tasas de remisión al final del tratamiento del 67% en el estudio 1 y 66% en el estudio 2; a las 60 semanas de seguimiento después del tratamiento fueron de 63% y 69%, respectivamente.

Un tratamiento unificado, como lo es la CBT-E, podría superar los problemas que subyacen a los servicios convencionales de atención de los ED (Dalle-Grave et al., 2021). Por ejemplo, los profesionales que proporcionen CBT-E podrían tratar todas las categorías

diagnósticas de los ED desde la adolescencia hasta la edad adulta sin aprender y utilizar diferentes enfoques psicológicos para la edad y diagnósticos específicos; por otro lado, las personas diagnosticadas con ED podrían pasar entre diferentes niveles de atención, cuando los adolescentes cumplen la mayoría de edad, sin cambios en la naturaleza del tratamiento. Estas ventajas de la CBT-E se suman a los beneficios que propicia una versión grupal, ya que es un medio para aumentar la disponibilidad del tratamiento y en el que también se ha encontrado reducción de síntomas de la psicopatología de los ED, hasta 66.70% (Wade et al., 2017).

Conclusión e introducción al EDE-Q 6.0

Ya se ha abordado hasta este punto la elevada comorbilidad entre trastornos del mismo espectro y la ausencia de otros criterios de validez que ponen en duda la aplicabilidad de un enfoque basado en categorías diagnósticas bien definidas por los manuales internacionales, además de mencionar la necesidad de unificar los tratamientos basados en evidencia que cumplan con los elementos clave para su aplicación, es decir, eficacia, efectividad y eficiencia (Echeburúa et al., 2010). Ahora, queda preguntarse lo siguiente: ¿cómo saber si los tratamientos logran modificar los elementos transdiagnósticos para lo que fueron creados? La respuesta es sencilla, con una adecuada evaluación. Para evaluar la psicopatología alimentaria, desde años atrás, Fairburn y Beglin (1994) diseñaron el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q, por sus siglas en inglés), un cuestionario autoaplicable cuyas propiedades psicométricas han recibido apoyo empírico en las diferentes versiones que se han desarrollado desde su publicación original. Dicho cuestionario se describe en el siguiente capítulo.

Capítulo 3 – EDE-Q 6.0

Características principales del EDE-Q

El cuestionario *Eating Disorder Examination Questionnaire* 6.0 (EDE-Q 6.0, por sus siglas en inglés) (Fairburn y Beglin, 2008), es un instrumento de medición autoaplicable que consta de 28 reactivos, 22 de ellos enmarcados en una escala de respuesta tipo Likert de siete opciones, que van del cero al seis, y otros seis reactivos con respuesta abierta. Es ampliamente utilizado para evaluar los principales síntomas o características cognitivas y conductuales de los trastornos alimentarios (Jenkins y Rienecke, 2022), incluidos la AN, BN y EDNOS; se enfoca en la frecuencia e intensidad de los síntomas en los últimos veintiocho días. Fue creado en 1994 por Fairburn y Beglin a partir de diferentes indicadores de la entrevista más usada: la Evaluación de los Trastornos Alimentarios (*Eating Disorder Evaluation* [EDE, por sus siglas en inglés]), de Fairburn y Cooper (1993). El EDE-Q, como instrumento para medir la psicopatología alimentaria, ha respondido de forma adecuada tanto a las demandas clínicas, como a la propia eficiencia, es decir, menor costo, menor tiempo y mayor accesibilidad en su aplicación (Fairburn y Beglin, 1994).

Los autores originales de este cuestionario propusieron que sus reactivos conformaban una estructura de cuatro factores: preocupación por el peso, preocupación por la figura, preocupación por la comida y restricción alimentaria. Tres de estos conformarían la dimensión a la que Fairburn y sus colegas en 2003 le llamaron psicopatología alimentaria central, como preocupación por el peso, la figura corporal y la comida; por ello, los resultados que se han obtenido mediante el EDE-Q pueden insertarse dentro de la teoría del transdiagnóstico de los problemas alimentarios. Este instrumento dentro de los cuestionarios de autoinforme se ha considerado como un *estándar de oro* debido a su utilidad, tanto en la investigación como en la

práctica clínica y por poseer adecuadas propiedades psicométricas, como la confiabilidad reportada a través de la consistencia interna y la validez obtenida de distintas formas.

Evidencia de la validez y confiabilidad del EDE-Q 6.0

Se ha obtenido información relevante sobre las propiedades psicométricas del EDE-Q en poblaciones clínicas (Aardoon et al., 2012; Hrabosky et al., 2008; Gideon et al., 2016; Grilo et al., 2010, 2013, 2015; Machado et al., 2020; Peterson et al., 2007; Schaefer et al., 2018; Smith et al., 2017; Wolk et al., 2005) y universitarias (Bardone-Cone et al., 2007; Becker et al., 2009; Giovazolias et al., 2013; Grilo et al., 2015; Luce y Crowtther, 1999; Machado et al., 2020; Peláez-Fernández et al., 2012; Quick y Byrd-Bredbenner, 2013; Rand-Giovannetti et al., 2020; Reas et al., 2012; Rose et al., 2013; Sahlan et al., 2021; Villarroel et al., 2011), de esta forma los valores de la consistencia interna y de validez han confirmado la estructura métrica del EDE-Q. A continuación, se muestran algunos ejemplos.

Machado et al. (2020) realizaron un estudio en el que compararon diferentes versiones del cuestionario (EDE-Q28, EDE-Q7, EDE-Q8, EDE-Q18) con dos muestras de mujeres, una clínica ($N = 175$; 13-49 años, $M = 26.18$, $DE = 8.55$) y otra no clínica ($N = 3,413$; 12-58 años, $M = 21.90$, $DE = 3.90$). Se reportó una consistencia interna de buena a excelente a partir del alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω) en las distintas versiones del EDE-Q, en concreto, muestra clínica, $\alpha = .88-.95$, $\omega = .89-.96$ y muestra no clínica, $\alpha = .90-.96$, $\omega = .90-.96$.

Asimismo, los autores reportaron la validez concurrente y convergente con magnitudes de asociación fuertes y positivas en la muestra clínica. Los instrumentos evaluados fueron los siguientes: EDE-Q28 (EDE-Q7, $r = .92$, $p < .001$; EDE-Q8, $r = .97$, $p < .001$; EDE-Q18, $r = .99$, $p < .001$), Evaluación del deterioro clínico ([*Clinical Impairment Assessment*] CIA, por sus siglas en inglés) (EDE-Q28, $r = .73$, $p < .001$; EDE-Q7, $r = .65$, $p < .001$; EDE-Q8, $r = .70$, $p <$

.001; EDE-Q18, $r = .71, p < .001$) e Inventario de Depresión de Beck (BDI) (EDE-Q28, $r = .65, p < .001$; EDE-Q7, $r = .61, p < .001$; EDE-Q8, $r = .61, p < .001$; EDE-Q18, $r = .65, p < .001$).

Por su parte, la validez discriminativa reportada a partir de los valores del área bajo la curva ([Area Under the Curve] AUC, por sus siglas en inglés), indicaron una precisión general aceptable para todas las formas del EDE-Q, que van desde .83 a .85.

Otro estudio en Reino Unido (Carey et al., 2019) que sometió a prueba una versión corta del EDE-Q (EDE-QS) con mujeres universitarias y voluntarios con antecedentes de DE, reportó excelente consistencia interna ($\alpha = .92$; test-retest = .93, $p < .001$), así como adecuada validez convergente a partir de correlaciones moderadas a fuertes con distintos cuestionarios: CIA (subgrupo sin ED: $r = .83, p = .01$; subgrupo con ED: $r = .75, p = .01$), Evaluación corta de los trastornos de la alimentación (SEED, por sus siglas en inglés) ($r = .64/.54, p = .01$; $r = .46/.52, p = .01$), SCOFF ($r = .63, p = .01$; $r = .61, p = .01$), Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) ($r = .38, p = .01$; $r = .47, p = .01$), Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés) ($r = .50, p = .01$; $r = .61, p = .01$) y Calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF, por sus siglas en inglés) ($r = -.27$ a $-.53, p = .01$; $r = -.11$ a $-.48$).

Evidencia de la estructura factorial del EDE-Q 6.0

La estructura de cuatro factores del EDE-Q fue planteada por los autores originales (Fairburn y Beglin, 2008), empero, este modelo de cuatro dimensiones no se ha replicado en diferentes poblaciones de distintos países (Allen et al., 2011; Becker et al., 2009; Byrne et al., 2010; Calugi et al., 2017; Carrard et al., 2015; Darcy et al., 2013; Friborg et al., 2013; Hrabosky et al., 2008; Kliem et al., 2015; Machado et al., 2020; Machado et al., 2017; Rand-Giovannetti et al., 2020; Scharmer et al., 2020; Serier et al., 2018; Tobin et al., 2019; Unikel et al., 2018), lo

cual sigue dejando abierta la pregunta sobre qué modelo factorial es el más adecuado para el EDE-Q.

Tras una revisión general de los estudios instrumentales que han examinado las propiedades psicométricas de este cuestionario se ha encontrado evidencia a favor de diferentes estructuras factoriales, algunos ejemplos se muestran a continuación: modelo de un factor de ocho ítems en población australiana (Allen et al., 2011; Byrne et al., 2010; Wade et al., 2008) y en población alemana (Kliem et al., 2015), modelo de tres factores y veintiún ítems para atletas masculinos, femeninos y mujeres universitarias no atletas (Darcy et al., 2013), modelo breve de tres factores de siete indicadores (Grilo et al., 2015, 2013 y 2010), una estructura de cuatro factores de veintidós indicadores (Friborg et al., 2013) o un modelo breve de cuatro factores y doce indicadores (Hrabosky et al., 2008; Peterson et al., 2007). De los anteriores, el modelo de tres factores propuesto por Grilo et al. (2015, 2013 y 2010) es el que más ha recibido apoyo (Calugi et al., 2017; Carrard et al., 2015; Machado et al., 2020; Machado et al., 2017; Scharmer et al., 2020; Serier et al., 2018; Tobin et al., 2019; Unikel et al., 2018).

Asimismo, y debido al soporte que ha tenido dicha estructura factorial, es menester señalar algunas consideraciones metodológicas y psicométricas, por ejemplo, el modelo puede cuestionarse en términos de validez externa, ya que algunos estudios, como se ha descrito anteriormente, han empleado muestras obtenidas de población universitaria y regularmente de mujeres; lo cual se traduce en que han dejado de lado la importancia de incluir población general y de estudiar los problemas alimentarios en hombres, como algunos hallazgos apuntan, hay similitudes cuando se comparan las muestras por sexo en los problemas alimentarios, concretamente, se ha encontrado interconectividad en los síntomas (Perko et al., 2019) y pocas diferencias en el deterioro psicosocial que estos problemas provocan (Bentley et al., 2015).

Una limitación adicional es que el modelo presenta únicamente siete ítems distribuidos en una estructura de tres factores (estos son restricción alimentaria, sobrevaloración de la figura y el peso, e insatisfacción corporal) en la que se deja de lado un factor de naturaleza cognitiva que es indiscutible para el entendimiento, evaluación y tratamiento de los ED: la preocupación por comer (Rand-Giovanetti et al., 2020). Por último, dos de los tres factores que integran el modelo de medida del EDE-Q en dicha investigación se componen únicamente por dos reactivos, con lo que se puede cuestionar seriamente la validez de contenido (Rand-Giovanetti et al., 2020).

Por otra parte, en la revisión de literatura se encontró un modelo de 14 ítems distribuidos en cuatro factores que cubre algunas áreas de oportunidad que se han mencionado anteriormente. Parker et al. (2015), realizaron un estudio en población posquirúrgica de 108 personas sometidas a cirugía bariátrica. A partir del Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) la estructura original de cuatro factores (Fairburn y Beglin, 2008) no obtuvo un buen ajuste y al realizarse el Análisis Factorial Exploratorio (EFA).

Se encontró una estructura alternativa a la original, que contiene 14 reactivos y cuatro factores nombrados como restricción dietética, preocupación alimentaria, sobrevaloración de forma/peso y preocupación por la apariencia. Además de lo anterior, se obtuvo una mayor confiabilidad a partir de la consistencia interna ($\alpha = .76 - .98$) y una adecuada validez convergente al mostrar relación directa del factor preocupación por la comida con el deterioro personal del CIA ($r = .79, p < .01$), el factor preocupación por la apariencia y deterioro personal del CIA ($r = .67, p < .01$); y relación inversa del factor preocupación por la apariencia con la satisfacción de áreas corporales del Cuestionario multidimensional de relaciones entre cuerpos-escalas de apariencia ($r = -.67, p < .01$). Estos resultados se replicaron en otro estudio con

población de candidatos a cirugía bariátrica (Parker et al., 2016) y en una muestra con universitarias y universitarios en Estados Unidos (Rand-Giovannetti et al., 2020)

A pesar de las aportaciones que Parker et al. (2015, 2016) y Rand-Giovannetti et al. (2020) han ofrecido sobre este modelo de cuatro factores, los hallazgos aún no se pueden generalizar. Se necesitan replicar los resultados en diversos contextos y poblaciones con un método rígido para dar cuenta de su utilidad.

Conclusión

De acuerdo con el panorama general anterior, la mayoría de la investigación existente se ha desarrollado con dos tipos de poblaciones específicas. Por un lado, se encuentra la población universitaria, tal vez, debido al bajo costo que implica, fácil acceso y disponibilidad (Martínez-Fiestas, 2013). Por otra parte, se ha estudiado la población clínica principalmente por los objetivos que tuvo la construcción del instrumento, esto es, que la prueba surgió como tamizaje para el diagnóstico de los trastornos alimentarios en contextos clínicos, por ser una forma menos intrusiva que la entrevista clínica y con la que se pretendía reducir, a su vez, el tiempo y el costo de la evaluación (Fairburn y Beglin, 1994).

La población general constituye un grupo en el que también se ha desarrollado investigación sobre las propiedades psicométricas del EDE-Q. Se trata de una población en la que no se observa el uso de categorías diagnósticas y facilita el análisis de los síntomas o constructos psicológicos asociados a los ED en la forma natural en que estos se expresan (por ejemplo, Bojorquez et al., 2018), además, se ha encontrado una similitud en la sintomatología de algunos ED entre hombres y mujeres adolescentes mexicanos (Benjet et al., 2012), también se ha confirmado que las conductas alimentarias de riesgo no son diferentes por grupo de edad

(adolescentes y adultos jóvenes) y por sexo, de acuerdo con un estudio realizado en México (León-Vázquez et al., 2017), por consiguiente, aportar información referente a las propiedades psicométricas de este cuestionario en población general permite fortalecer su validez externa (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Finalmente, con la incorporación de todos los sectores de la población a los estudios instrumentales del EDE-Q se contribuye a la conformación de una visión amplia de la psicopatología alimentaria y, por tanto, se suma investigación empírica a la perspectiva dimensional de estos problemas.

Son pocos los estudios que han profundizado en la evaluación de los modelos de medida del EDE-Q en población general (Aardoon et al., 2012; Byrne et al., 2010; Calugi et al., 2017; Carey et al., 2019; Heiss et al., 2018; Kliem et al., 2015; Scharmer et al., 2020; Tobin et al., 2019). La revisión específica de cada uno de estos trabajos se puede apreciar en las Tabla 1 y 2.

Tabla 1

Método de los estudios que tuvieron como objetivo la validez o confiabilidad del EDE/EDE-Q e incluyeron población general en sus muestras

Estudio	Muestra						
	Núm.	<i>N</i>	País	Año	Mujeres (<i>n</i>)	Edad (años), <i>M (DE)</i>	Población
Aardoom et al. (2012)	1	935	Países Bajos	2006-2011	935	28.97 (10.63)	Con ED
	2	235	Países Bajos	—	235	32.21 (10.85)	General
	3	321	Países Bajos	2006-2010	321	41.07 (12.43)	Con obesidad
Byrne et al. (2010)	1	158	Australia	2005-2008	158	26.50 (9.77)	Con ED
	2	317	Australia	2004-2007	317	40.50 (5.57)	General
	3	170	Australia	2004-2007	170	47.23 (12.16)	Con sobrepeso
Calugi et al. (2017)	1	264	Italia	2013-2014	257	22.20 (6.30)	Con ED
	2	216	Italia	—	205	23.30 (10.70)	General
Carey et al. (2019)	1	1,075	Reino Unido	—	851	19.89 (1.98)	Estudiantes
	2	653	Reino Unido	—	489	22.33 (3.84)	Estudiantes
	3	731	Reino Unido	—	651	33.08 (10.46)	General
Heiss et al. (2018)	1	318	—	—	260	31.76 (12.62)	Veganos
	2	200	—	—	125	18.86 (1.97)	Omnívoros
Kliem et al. (2015)	1	2,520	Alemania	2009	1,334	49.67 (18.30)	General

Estudio	Muestra						
	Núm.	<i>N</i>	País	Año	Mujeres (<i>n</i>)	Edad (años), <i>M (DE)</i>	Población
Scharmer et al. (2020)	1	494	EE. UU.	—	0	—	Hombres heterosexuales
	2	209	EE. UU.	—	0	—	Hombres de minorías sexuales
Tobin et al. (2019)	1	659	—	—	659	20.30 (3.20)	Estudiantes
	2	358	—	—	—	20.50 (3.50)	Estudiantes
	3	544	—	—	382	38.6 (12.5)	General

Nota: Las rayas indican información que no se encuentra en el artículo referido. ED = trastornos alimentarios. EDE = *Eating Disorder Examination*. EDE-Q 6.0 = *Eating Disorder Examination–Questionnaire*, versión seis.

Tabla 1 (continuación)

Estudio	Instrumento	Tipo de análisis factorial	Observaciones
Aardoom <i>et al.</i> (2012)	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994) Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	Exploratorio —	Solo mujeres Se reporta consistencia interna sólo del modelo factorial original (Fairburn y Beglin, 1994) EFA se calculó con muestra TCA (<i>N</i> = 935)

Estudio	Instrumento	Tipo de análisis factorial	Observaciones
Byrne <i>et al.</i> (2010)	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	—	
	EDE	Omisión	Solo mujeres
	EDE	Confirmatorio	No se informó del análisis de validez discriminativa.
Calugi <i>et al.</i> (2017)	EDE	Omisión	
	EDE-Q 6.0 italiano	Confirmatorio	Estabilidad temporal ($M = 10.1$ días) con 19 pacientes CFA se calculó con muestra TCA ($N = 264$)
Carey <i>et al.</i> (2019)	EDE-Q 6.0 italiano	—	
	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	Omisión	EDE-Q aplicado en línea. El modelo original no ajustó adecuadamente. CFA
	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	Omisión	Varianza explicada del nuevo modelo de 3 factores se realizó con la muestra 1 (Mujeres, $N = 851$; Hombres, $N = 224$)
Heiss <i>et al.</i> (2018)	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	Confirmatorio	
	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	Confirmatorio	EDE-Q aplicado en línea Mejor ajuste para omnívoros ($N = 318$) fue el modelo breve de 8 ítems
	Versión original (Fairburn & Beglin, 1994)	Confirmatorio	Mejor ajuste para veganos ($N = 200$) fue el modelo original de 4 factores
Kliem <i>et al.</i> (2015)	Versión alemana (Hilbert <i>et al.</i> , 2007, 2010)		

Estudio	Instrumento	Tipo de análisis factorial	Observaciones
Scharmer <i>et al.</i> (2020)	Versión Original (Fairburn & Beglin, 1994)	Confirmatorio	EDE-Q aplicado en línea Minoría Sexual (MS, 29.8%), incluye hombres que se consideran bisexuales (36.4%), homosexuales (59.3%) y queer (4.31%)
Tobin <i>et al.</i> (2019)	Versión Original (Fairburn & Beglin, 1994)	Confirmatorio	
	EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 2008)	Omisión	EDE-Q aplicado en línea en población general CFA se calculó con mujeres y hombres de la muestra general ($N = 544$)
	EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 2008)	Omisión	Mujeres de la $N_2 = 80.7%$, no se reportó n
	EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 2008)	Confirmatorio	

Tabla 2

Resultados de los modelos del EDE/EDE-Q en población general

Estudio	Factor				Varianza explicada (%)	Ajuste
	1	2	3	4		
Modelo de 1 factor						
Byrne <i>et al.</i> (2010)	— $i = 22$ $\alpha = .86$ $N_1 > N_3 > N_2$				—	Sin buen ajuste. $\chi^2(209) = 808.17,$ $p < .001$ RMSEA = .10

Estudio	Factor				Varianza explicada (%)	Ajuste
	1	2	3	4		
						GFI = .78 AGFI = .74 PGFI = .65 NFI = .63 CFI = .88
Calugi <i>et al.</i> (2017)	$\alpha = .94$ $r_s(n = 19)$ de 10 días = .80, $p < .001$ $N_1 > N_2$, $U = 18.72$, $p < .001$				—	Sin buen ajuste. RMSEA = .13 SRMR = .09 CFI = .69 TLI = .66
Modelo de 2 factores de Mannucci <i>et al.</i> (1997)						
	Restricción —	Preocupación por la comida, el peso y la figura —				
Byrne <i>et al.</i> (2010)	$\alpha = .65$	$\alpha = .85$			—	Sin buen ajuste. $\chi^2(208) = 774.01$, $p < .001$ RMSEA = .10 GFI = .79 AGFI = .75 PGFI = .65 NFI = .63 CFI = .89
Modelo de 3 factores de Peterson <i>et al.</i> (2007)						

Estudio	Factor				Varianza explicada (%)	Ajuste
	1	2	3	4		
	Restricción —	Preocupación por la comida —	Preocupación por el peso y la figura —			
Byrne <i>et al.</i> (2010)	$\alpha = .65$	$\alpha = .44$	$\alpha = .85$		—	Sin buen ajuste. $\chi^2(206) = 771.77$, $p < .001$ RMSEA = .10 GFI = .79 AGFI = .75 PGFI = .65 NFI = .63 CFI = .89
Modelo de 3 factores de Carey <i>et al.</i> (2019) para mujeres ($N = 561$)						
	Restricción $i = 3$	Preocupación y preocupación por la comida $i = 6$	Preocupación por el peso y la figura $i = 9$			
Carey <i>et al.</i> (2019)	—	—	—		66.26 ($N_1 = 851$)	$\chi^2(114) = 445.02$, $p < .001$ RMSEA = .07 GFI = .92 AGFI = .89 NFI = .95 CFI = .92
Modelo de 3 factores de Carey <i>et al.</i> (2019) para hombres ($N = 170$)						
	Restricción $i = 3$	Preocupación y preocupación por la comida	Preocupación por el peso y la figura			

Estudio	Factor				Varianza explicada (%)	Ajuste
	1	2	3	4		
		<i>i</i> = 5	<i>i</i> = 8			
Carey <i>et al.</i> (2019)	—	—	—		67.38 (<i>N</i> ₁ = 224)	$\chi^2(94) = 135.37$, $p < .01$ RMSEA = .05 GFI = .90 AGFI = .86 NFI = .92 CFI = .97
Modelo original de 4 factores						
	Restricción —	Preocupación por la comida —	Preocupación por el peso —	Preocupación por la figura —		
Byrne <i>et al.</i> (2010)	$\alpha = .65$	$\alpha = .44$	$\alpha = .69$	$\alpha = .77$	—	Sin buen ajuste. $\chi^2(202) = 767.02$, $p < .001$ RMSEA = .10 GFI = .79 AGFI = .74 PGFI = .63 NFI = .64 CFI = .89
Calugi <i>et al.</i> (2017)	$\alpha = .83$ $r_s(n = 19)$ de 10 días = .83, $p < .001$ $N_1 > N_2$, $U = 15.31$, $p < .001$	$\alpha = .79$ $r_s(n = 19)$ de 10 días = .80, $p < .001$ $N_1 > N_2$, $U = 23.41$, $p < .001$	$\alpha = .80$ $r_s(n = 19)$ de 10 días = .66, $p < .001$ $N_1 > N_2$, $U = 14.25$, $p < .001$	$\alpha = .88$ $r_s(n = 19)$ de 10 días = .80, $p < .001$ $N_1 > N_2$, $U = 14.06$, $p < .001$	—	Sin buen ajuste. RMSEA = .12 SRMR = .09 CFI = .72 TLI = .68
Aardoom <i>et al.</i> (2012)	$\alpha = .85$	$\alpha = .81$	$\alpha = .83$	$\alpha = .91$	—	—

Estudio	Factor				Varianza explicada (%)	Ajuste	
	1	2	3	4			
Heiss <i>et al.</i> (2018)	$\alpha = .81$	$\alpha = .81$	$\alpha = .85$	$\alpha = .90$	—	$\chi^2(202) = 1,388.67, p < .001$ RMSEA = .14 GFI = .73 AGFI = .66 NNFI = .74 SRMR = .08 CFI = .77	
Tobin <i>et al.</i> (2019)	$\alpha = .84$	$\alpha = .78$	$\alpha = .83$	$\alpha = .90$		$df = 202$ CFI = .80 TLI = .77 RMSEA = .11	
Modelo de 1 factor de Wade <i>et al.</i> (2008)							
Byrne <i>et al.</i> (2010)	Preocupación por el peso y la figura $i = 8$				$\alpha = .88$	—	Sin buen ajuste $\chi^2(20) = 812.97, p < .001$ RMSEA = .28 GFI = .71 AGFI = .47 PGFI = .39 NFI = .68 CFI = .69
Heiss <i>et al.</i> (2018)					$\alpha = .94$	—	$\chi^2(20) = 134.71, p < .001$ RMSEA = .17

Estudio	Factor				Varianza explicada (%)	Ajuste
	1	2	3	4		
						GFI = .87 AGFI = .77 NNFI = .87 SRMR = .04 CFI = .91
Modelo de 3 factores de 7 ítems de Grilo <i>et al.</i> (2013, 2015)						
	Restricción dietética <i>i</i> = 3	Insatisfacción corporal <i>i</i> = 2	Sobrevaloración de la figura/peso <i>i</i> = 2			
Calugi <i>et al.</i> (2017)	—	—	—		—	RMSEA = .06 SRMR = .02 CFI = .98 TLI = .96
Scharmer <i>et al.</i> (2020) (1)	$\alpha = .87$ [.86, .89]; $\Omega = .86$ [.84, .88]				—	$\chi^2(11) = 17.25$ RMSEA = .03 SRMR = .02 CFI = .99 TLI = .99
Scharmer <i>et al.</i> (2020) (2)	$\alpha = .88$ [.86, .91]; $\Omega = .87$ [.85, .90]				—	$\chi^2(11) = 20.64$ RMSEA = .06 SRMR = .03 CFI = .98 TLI = .97
Tobin <i>et al.</i> (2019)	$\alpha = .87$	$\alpha = .94$	$\alpha = .96$		—	<i>df</i> = 11 CFI = .97 TLI = .95 RMSEA = .08

Nota: Las rayas indican información que no se encuentra en el artículo referido. RMSEA = índice de error cuadrático medio de aproximación de la raíz. GFI = índice de bondad de ajuste. AGFI = índice de bondad de ajuste ajustado. PGFI = índice de bondad de ajuste parsimonioso. NFI = índice de ajuste normado. CFI = índice de ajuste comparativo. SRMR = índice estandarizado de la raíz del cuadrado medio del residuo. TLI = índice de Tucker-Lewis. EFA = Análisis Factorial Exploratorio. CFA = Análisis Factorial Confirmatorio.

Después de una revisión de 8 estudios instrumentales (Tabla 1 y Tabla 2) acerca del EDE-Q en población general de diferentes lugares (Países Bajos, Australia, Italia, Reino Unido, Alemania, Estados Unidos y Canadá), se observó que el modelo de Fairburn y Beglin (2008) no presenta un buen ajuste, por lo que no constituye un modelo teórico adecuado para evaluar los principales indicadores de la psicopatología alimentaria. Por consiguiente, los modelos alternativos breves, que sí se ajustaron adecuadamente a las diferentes muestras, representan una mejor alternativa.

Todos los estudios, a excepción de uno, descartaron el modelo original de cuatro factores a partir del CFA y los modelos alternativos que se propusieron fueron los siguientes: 1) modelo de 4 factores de 22 elementos distinto al original, propuesto por Aardom et al., en 2012; 2) modelo unidimensional de 8 ítems propuesto por Wade et al. (2008), y replicado por Byrne et al. (2010) y Heiss et al. (2018); 3) modelo de tres factores de 18 y 16 elementos para mujeres y hombres, respectivamente, propuesto por Carey et al. (2019); 4) modelo unidimensional de 8 ítems propuesto por Kliem et al. (2015); 5) modelo original de cuatro factores analizado en una muestra de veganos por Heiss et al. (2018); 6) y por último, el modelo de tres factores y 7 ítems desarrollado por Grilo et al. (2010, 2013 y 2015). El modelo de Grilo et al., presentó buen ajuste y fue respaldado por tres estudios distintos (Calugi et al., 2017; Scharmer et al., 2020; Tobin et al., 2019). Cinco estudios se realizaron con muestras mixtas que incluyeron hombres y mujeres, sin embargo, la proporción de mujeres era mayor en todos los casos. En dos de ellos se realizaron los análisis únicamente con mujeres y sólo uno se realizó en una muestra exclusiva de hombres.

Para finalizar con estas observaciones, es posible decir que no es concluyente la investigación sobre las propiedades psicométricas del EDE-Q en diferentes muestras de

población general a lo largo del mundo. Adicionalmente, es claro el hueco existente dentro esta línea de investigación debido a que la mayoría de los estudios, como ha sido reiterado en varias ocasiones, se han realizado ante todo en países desarrollados, utilizando muestras principalmente -o en ocasiones exclusivamente- de mujeres universitarias y muestras clínicas; además, la búsqueda de una estructura factorial adecuada de este instrumento ha propiciado resultados heterogéneos en un conglomerado de estudios instrumentales, esto es, a partir de los análisis factoriales se han sustentado diversos modelos del EDE-Q, algunos de los cuales no presentan coherencia teórica y metodológica, confirmando estructuras con serias deficiencias en la validez, como argumentaría Pérez-Álvarez (2019): a modo de picos de pinzones de las islas Galápagos, los investigadores con “picos” especializados extraen hipótesis [*modelos factoriales*] en función del alimento disponible [*diferentes a los demás*], es decir, la investigación sobre el modelo factorial del EDE-Q se realiza sin hacer un análisis crítico teórico y metodológico de los antecedentes, de tal manera que cada investigador obtiene un modelo factorial que más le acomoda.

Por ello, es menester realizar un estudio instrumental que adapte el EDE-Q en población mexicana, que abarque hombres y mujeres adultos, y que se realice en una muestra amplia de población general. El estudio debe enfocarse en evaluar aquellos modelos factoriales que tengan congruencia metodológica y sustento teórico, así como adecuadas propiedades psicométricas que respalden su validez y confiabilidad. El presente trabajo tiene el cometido de cubrir dichos huecos teóricos, metodológicos y estadísticos para sumarse a la investigación sobre la teoría transdiagnóstica de los problemas alimentarios.

Método

Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria, son afectaciones graves que están asociadas con varias complicaciones médicas y psicosociales (Le et al., 2017), además de que propician una disminución en la calidad de vida de las personas que los padecen (Qian et al., 2013; Wade et al., 2012). El riesgo es aún mayor cuando estos problemas son comórbidos con enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad (da Luz et al., 2018) u otros tipos de psicopatología (hasta un 71% con algún trastorno psiquiátrico del DSM-5), incluyendo las autolesiones (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

Los trastornos alimentarios han sido reconocidos por la comunidad sanitaria mundial como un problema latente. Ejemplo de esto es que la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa combinadas se han clasificado como la duodécima causa principal de años de vida ajustados por discapacidad en mujeres de 15 a 19 años en países de ingresos altos. La carga de la enfermedad o AVAD, es un indicador compuesto que combina el tiempo vivido con discapacidad y el tiempo perdido por muerte prematura. En países de ingresos bajos y medios, estos trastornos se encuentran en una posición menos preocupante; sin embargo, pasaron del puesto 58 al 46 entre 1990 y 2013 (Hoek, 2016).

La evaluación de la naturaleza y gravedad de los problemas alimentarios es un área que no hay que dejar de lado, ya que influyen directamente en las decisiones clínicas (Meneses et al., 2013). A partir de la evaluación se puede determinar en qué grado una persona presenta algún tipo de psicopatología y, como se expone en el DSM-5, en el diagnóstico se debe considerar

además de la gravedad de los síntomas, la disfuncionalidad que estos implican para la persona, es decir, un deterioro clínicamente significativo (APA, 2014).

Según Fernández-Ballesteros (2013), algunas herramientas y técnicas que existen para llevar a cabo una evaluación psicológica son: observación, análisis funcional, entrevista clínica, informes del sujeto y allegados, respuestas psicofisiológicas, etcétera, entre las que destaca la medición de algún rasgo a partir de los tests psicológicos, los cuales deben contar con pruebas de calidad psicométrica, como lo son la validez y confiabilidad. Los problemas alimentarios no son la excepción para ser evaluados a partir de cuestionarios de autoinforme que han pasado por un proceso de análisis riguroso para su construcción y validación. Hasta el momento, el EDE-Q es un instrumento de autoinforme que se ha considerado *estándar de oro* para la medición de estos problemas y ha resultado útil en la práctica clínica; además, posee adecuadas propiedades psicométricas como la confiabilidad reportada a través de la consistencia interna y la validez obtenida de distintas maneras en diferentes poblaciones.

Si bien, el EDE-Q ha mostrado consistentemente confiabilidad y validez aceptables en población general (Tabla 1 y Tabla 2), los hallazgos de diversas investigaciones respaldan la pertinencia de distintos modelos factoriales y no apoyan la propuesta original de 22 reactivos distribuidos en cuatro factores (Fairburn y Beglin, 2008). Asimismo, se observa la gran necesidad de minimizar la influencia de las diferencias culturales y lingüísticas en las pruebas que se adapten en diferentes países, tal y como lo recomienda la ITC (International Test Commission, 2017; Muñoz et al., 2013). Para enfatizar este punto, es conveniente citar algunos elementos que llaman la atención de la versión española del EDE-Q, adaptado por Peláez-Fernández (2003), por ejemplo: 1) en dicha traducción se utilizó la versión del EDE-Q de 1994 (Fairburn y Beglin, 1994), mientras que el presente estudio se basó en el EDE-Q 6.0 (Fairburn y

Beglin, 2008), lo cual, a grandes rasgos, conlleva diferencias significativas en formato y contenido, 2) en la traducción española se observan sinónimos a los empleados en la presente traducción, lo cual refleja la diferencia cultural del uso de palabras, 3) en la versión del EDE-Q de este estudio se utilizaron especificaciones o puntualizaciones que no se visualizaron en la versión española.

Por tal motivo, la revisión de la literatura deja claro que, en México, hace falta una adaptación directa del EDE-Q 6.0 en población adulta, que abarque una muestra amplia de hombres y mujeres y que examine el modelo factorial más apropiado en ambos sexos según la teoría del transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. La versión breve de tres factores y 7 ítems de Grilo et al. (2010, 2013, 2015) es la que ha recibido más apoyo por ajustarse mejor a una variedad de muestras; sin embargo, la mayoría de los estudios instrumentales sobre el EDE-Q, incluyendo su validación inicial y las investigaciones subsecuentes sobre el EDE-Q breve se han realizado con muestras de mujeres (Calugi et al., 2017; Fairburn y Beglin, 1994; Machado et al., 2020, 2017; Serier et al., 2018; Unikel et al., 2018), incluido el estudio de Unikel et al. (2018), que se realizó en México. De esta manera, el modelo de Grilo et al. (2010, 2013, 2015) se puede cuestionar seriamente en términos de validez externa. Además, carece de una estructura que soporte firmemente la validez de contenido por su limitado número de ítems (dos de los tres factores se integran únicamente por dos preguntas) y porque no incluye la dimensión de preocupación por la comida, la cual desempeña un papel fundamental en la teoría transdiagnóstica de la psicopatología alimentaria (Fairburn et al., 2003).

Por otro lado, el modelo de cuatro factores de Parker et al. (2015, 2016), cuyo ajuste se ha replicado en estudiantes universitarios (Rand-Giovannetti et al., 2020), cuenta con algunas ventajas en relación con el modelo de Grilo et al. (2010, 2013, 2015), entre ellos, la estructura

interna contiene cuatro factores (dieta restrictiva, preocupación por comer, preocupación por la apariencia y sobrevaloración de la figura y el peso) de carácter cognitivo sobre los problemas alimentarios distribuidos en 14 reactivos, con lo que se fortalece la validez de contenido. Adicionalmente, el modelo de Parker et al. (2015, 2016), recientemente presentó un ajuste adecuado en una muestra de mujeres y otra de hombres, universitarios de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (Letechipía y Pérez, 2021). Evaluar sus propiedades psicométricas en población general, examinando diferencias entre mujeres y hombres, es un siguiente paso para seguir añadiendo evidencia sobre la validez externa de esta estructura factorial.

Por consiguiente, el propósito del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del EDE-Q en mujeres y hombres adultos de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), particularmente, se pretende saber si es un instrumento válido y confiable para medir psicopatología alimentaria. La insatisfacción corporal es el constructo que más se ha usado para evaluar la validez convergente del EDE-Q (Penelo et al., 2012; Giovazolias et al., 2013; Chan y Leung, 2015) por ser un potencial factor de riesgo para desarrollar algún tipo de trastorno alimentario (Evans y Dolan, 1993). En el presente estudio se utilizó el instrumento más común para medir dicho constructo: *Body Shape Questionnaire* (BSQ, por sus siglas en inglés).

Pregunta de investigación

¿Es el EDE-Q un instrumento válido y confiable para medir la psicopatología alimentaria en adultos, mujeres y hombres, de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM)?

Objetivo general

Conocer las propiedades psicométricas del EDE-Q en población general de la ZMVM.

Objetivos específicos

Traducir el EDE-Q del idioma inglés al español por el procedimiento de traducción inversa (Cardoso et. al, 2010).

Adaptar el EDE-Q de acuerdo con las necesidades culturales de la población mexicana.

Determinar el ajuste de dos modelos de medida del EDE-Q, el original de Fairburn y Beglin (2008), y el de Parker et al. (2015).

Evaluar la confiabilidad del EDE-Q.

Evaluar la validez convergente del EDE-Q.

Indagar si el modelo de medida del EDE-Q es invariante entre mujeres y hombres.

Hipótesis

Hi₁: El modelo de 14 ítems distribuidos en cuatro factores (Parker et al., 2015), mostrará un ajuste adecuado, tanto en mujeres, como en hombres.

Hi₂: El modelo original de 22 ítems distribuidos en cuatro factores (Fairburn y Beglin, 2008) mostrará un ajuste inadecuado, tanto en mujeres, como en hombres.

Hi₃: La confiabilidad del modelo de Parker et al. (2015) será adecuada ($\alpha \geq .80$).

Hi₄: El modelo de Parker et al. (2015) del EDE-Q mostrará adecuada validez convergente al presentar una relación directa y fuerte ($r \geq .60$), con la insatisfacción corporal.

Hi₅: El modelo Parker et al. (2015) variará en función del sexo.

Participantes

Por medio de un muestreo no probabilístico de participantes voluntarios (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), participaron 906 adultos de población general, provenientes de

diferentes entidades de la ZMVM (16 alcaldías de la Ciudad de México y de 28 municipios del Estado de México). De ellos, 550 fueron mujeres (18-40 años, $M = 23.98$, $DE = 5.39$, $Mdn = 22$) y 356 fueron hombres (18-40 años, $M = 25.03$, $DE = 6.06$, $Mdn = 23$).

El 99.30% ($n = 546$) de mujeres y 99.7% ($n = 355$) de hombres reportaron haber tenido algún nivel de educación formal, se consideraron las categorías desde primaria/escolar hasta posgrado (ver Tabla 3). Solo .20% ($n = 1$) de las mujeres y .30% ($n = 1$) de los hombres no reportaron esta información; 45.40% ($n = 411$) de la muestra fue recolectada de forma individual, mientras que la aplicación del 50.60% ($n = 458$) de la muestra se llevó a cabo de forma colectiva, es decir, en algunas recolecciones de datos se aplicó la batería de instrumentos a un mínimo de dos y máximo cinco personas, esto con el propósito de cubrir todo el espectro de posibilidades en los lugares de aplicación (no todas las personas se encontraban solas) y asegurar una observación lo más individualizada posible por parte de los aplicadores (se consideró que la calidad de la evaluación de un aplicador podría comenzar a disminuir al trabajar con más de cinco personas al mismo tiempo).

Por último, 3.90% ($n = 35$) de la muestra reportó haber recibido un diagnóstico psiquiátrico, de la cual el 80% ($n = 28$) reportó algún problema de ansiedad o depresión, o algún tipo de comorbilidad entre ellos; el 2.9% ($n = 1$) reportó ser diagnosticado con amnesia disociativa y probable TLP, un 2.9% ($n = 1$) con Bulimia Nerviosa, un 2.9% ($n = 1$) con Trastorno Bipolar, un 2.9% ($n = 1$) con Trastorno Límite de la Personalidad, y un 8.6% ($n = 3$) con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Tabla 3

Variables sociodemográficas de mujeres ($N = 550$) y hombres ($N = 356$) de la ZMVM en 2019

Sociodemográfico	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Lugar de procedencia		
Ciudad de México	437 (79.50)	256 (71.90)
Estado de México	113 (20.50)	100 (28.10)
Escolaridad		
Primaria	2 (.40)	0 (0)
Secundaria	49 (8.90)	28 (7.90)
Preparatoria	357 (64.90)	222 (62.40)
Licenciatura	119 (21.60)	89 (25.00)
Posgrado	19 (3.50)	16 (4.50)
Diagnóstico psiquiátrico		
Sí	28 (5.10)	7 (2.0)
No	522 (94.90)	349 (98.00)

La muestra inicial estaba compuesta por 1,301 participantes, de los cuales se excluyó al 14.14% de acuerdo con los criterios de eliminación, lo que dio como resultado una muestra de 1,117 participantes. Posteriormente, se seleccionó al 81.11% de la muestra, que corresponde a participantes con un rango de edad de entre 18 y 40 años, de acuerdo con los señalamientos sobre el desarrollo y curso de la AN y BN que realiza la APA en su manual diagnóstico más reciente (APA, 2013) y Bojorquez et al. (2018), por consiguiente, la muestra final quedó compuesta por 906 participantes.

Criterios de inclusión

Tener entre 18 y 40 años de edad

Participar en el estudio de forma voluntaria y firmar el consentimiento informado.

Haber vivido en la ZMVM, al menos, durante los tres meses previos a la aplicación.

Criterios de exclusión

Que la persona se encontrara cumpliendo su jornada laboral al momento de la aplicación.

Que la persona presentara o expresara problemas para poder leer o entender los cuestionarios.

Que la persona se encontrara consumiendo alguna droga o sustancia al momento del estudio, o bien, que se encontrara bajo los efectos de alguna de ellas (por ejemplo, alcohol, marihuana, cocaína, entre otras).

Criterios de eliminación

Que la persona contestara los cuestionarios de alguna forma que denotara falta de seriedad hacia la actividad (de forma aleatoria, no leer los reactivos, responder mientras usa el teléfono móvil, etcétera).

Que la persona no completara los cuestionarios.

Instrumentos

EDE-Q 6-0

Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q 6.0) (Fairburn y Beglin, 2008) (ver Apéndice B). El cuestionario cuenta con 28 preguntas, 22 con respuestas en una escala tipo Likert de 7 opciones (0-6), donde cero es “nada/ningún día” y seis “todos los días/siempre/totalmente”. Las seis preguntas restantes tienen un formato de respuesta abierto. Para el presente estudio se trabajó únicamente con los 22 reactivos de siete opciones de respuesta, pues son los que conforman las cuatro subescalas propuestas por los autores originales

y de los cuales se desprende la investigación internacional del EDE-Q. Las preguntas abiertas se validaron con el propósito de que la versión completa fuera comparable con las de otros países para futuras investigaciones, pero no se incluyeron en los análisis estadísticos, pues originalmente se utilizaron como preguntas de diagnóstico (Fairburn y Beglin, 1994) y no se incluyen en la estructura factorial del EDE-Q 6.0 (Fairburn, 2008).

BSQ-16

Cuestionario de Imagen Corporal-16 ([Body Shape Questionnaire] BSQ-16, por sus siglas en inglés) (ver Apéndice C). La versión original fue propuesta por Cooper et al. en 1987, contiene 34 reactivos y seis opciones de respuesta tipo Likert que van del uno al seis, donde uno es “nunca” y seis “siempre”. Se utilizó la versión del cuestionario que fue la adaptada para población mexicana por Amaya (2013), de 16 reactivos, propuesta inicialmente por Evans y Dolan (1993); sin embargo, el modelo unidimensional del BSQ no mostró un buen ajuste en el AFC, por ello, se decidió usar la estructura de 8 reactivos de Welch et al. (2012) (ver Tabla 4). Adicionalmente, se presenta la consistencia interna de ambos modelos. De acuerdo Frías-Navarro (2022) el modelo BSQ-16 (Amaya, 2013) tuvo un coeficiente alfa excelente tanto en hombres como en mujeres, asimismo, el modelo BSQ-8 (Welch et al., 2012) tuvo un coeficiente bueno en hombres y excelente en mujeres (ver Tabla 4).

Tabla 4

Análisis factorial confirmatorio de los modelos de medida del BSQ en mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Sexo	$\chi^2 (p)$	gl	χ^2/gl	RMSEA [IC 90%]	SRMR	CFI	NNFI	α
Modelo de Amaya (2013)								

Mujeres	449.93 ($p < .001$)	104	4.33	.08 [.072-.084]	.04	.92	.91	.96
Hombres	324.57 ($p < .001$)	104	3.12	.08 [.070-.085]	.05	.82	.79	.94
Modelo de Welch et al. (2012)								
Mujeres	84.51 ($p < .001$)	20	4.22	.08 [.063-.091]	.03	.96	.95	.92
Hombres	58.23 ($p < .001$)	20	2.91	.07 [.056-.091]	.04	.92	.89	.89

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

Definición conceptual de variables

Los síntomas de trastornos alimentarios y de la alimentación, tales como anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y otro trastorno alimentario no especificado (OSFED) fueron definidos a partir de Fairburn et al. (2003), quienes sugieren la existencia de una psicopatología alimentaria central, la cual se compone por indicadores de preocupación excesiva por el peso, la figura corporal, la comida y su control (Fairburn et al., 2008).

La insatisfacción corporal, por otro lado, se definió como inconformidad o malestar que se tiene con la imagen corporal y que conlleva conductas nocivas para el cuerpo con el objetivo de modificarlo (Devlin y Zhu, 2001).

Definición operacional de variables

La psicopatología alimentaria central se midió a partir del puntaje resultante de la suma de los catorce reactivos del *Eating Disorder Examination Questionnaire* 6.0 (EDE-Q 6.0) de

Parker et al. (2015, 2016). A mayor puntaje, mayor intensidad de la psicopatología alimentaria central.

Los cuatro factores que componen la psicopatología alimentaria central desglosados por Parker et al. (2015, 2016) fueron los siguientes:

- 1) Dieta restrictiva. Se sumaron los puntajes de tres reactivos (1, 3 y 4).
- 2) Preocupación por comer. Se sumaron los puntajes de 5 reactivos (7, 9, 19, 20 y 21).
- 3) Preocupación por la apariencia. Se sumaron 4 reactivos (25, 26, 27 y 28).
- 4) Sobrevaloración por la figura y el peso. Se sumaron dos reactivos (22 y 23).

Para la operacionalización de la variable insatisfacción corporal se tomó en cuenta la suma del puntaje de ocho ítems (1, 3, 5, 7, 9, 10, 13 y 16; Welch et al., 2012) del *Cuestionario de Imagen Corporal-16* (BSQ-16), adaptado a población mexicana por Amaya (2013), en el que un alto puntaje representa mayor insatisfacción corporal.

Procedimiento

Esta tesis se desarrolló como parte de las actividades del proyecto PAPIIT IA302420, de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por lo que forma parte de una investigación de mayor alcance. El presente estudio se realizó con el estricto apego a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo Mexicano, contemplando en todo momento sus principios básicos: respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad en las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

En primer lugar, para llevar a cabo la adaptación del instrumento, se obtuvo la autorización por correo electrónico de Christopher Fairburn, autor principal del EDE-Q. El departamento de traducción de la Escuela Nacional de Lenguas, Lingüística y Traducción (ENALT) de la UNAM realizó la traducción del instrumento al idioma español. De forma independiente, otros dos traductores que ofrecían sus servicios de forma privada tradujeron el cuestionario. Posteriormente, se unificaron las tres versiones resultantes y se tradujo el cuestionario nuevamente al inglés con el propósito de corroborar la correspondencia, método conocido como traducción inversa (Cardoso et. al, 2010). La versión que se obtuvo sirvió para llevar a cabo tres estudios piloto independientes (Tabla 5) que tuvieron el propósito de identificar áreas de oportunidad del instrumento. En cada estudio piloto se evaluaron y corrigieron las fallas de redacción, dudas, propuestas y sugerencias más recurrentes. Después del tercer estudio piloto, se logró integrar una versión final del EDE-Q para este estudio.

Tabla 5

Características generales de los estudios piloto del EDE-Q en la ZMVM en 2019

Características	Estudio piloto 1		Estudio piloto 2		Estudio piloto 3	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<i>N</i>	49	24	41	22	36	27
Edad						
Rango	19–70	19–56	18–56	18–62	18–54	19–52
<i>M</i>	31.90	29	27.40	30	29.60	26.60
<i>DE</i>	14.40	12.80	11.10	12.10	11.30	9
<i>Mdn</i>	23	23	21	24.50	23.50	23

Nota: *N* = Muestra; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *Mdn* = Mediana.

Se recolectó la información mediante el método de muestreo no probabilístico de participantes voluntarios (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), durante junio y julio de 2019, con el apoyo de estudiantes de la licenciatura en psicología de la UNAM y de la Universidad Chapultepec (que forma parte del sistema incorporado a la UNAM), quienes recibieron previa capacitación para aplicar la batería de instrumentos de forma adecuada, ética y profesional. Dicha capacitación estuvo a cargo del autor de esta tesis junto con un estudiante de psicología de octavo semestre, que también formaba parte del proyecto de investigación. En una reunión de aproximadamente dos horas, se explicó de forma general la teoría subyacente a la investigación, la estructura de los tests que se aplicarían, el contenido del consentimiento informado, modelado de la aplicación de los instrumentos, ensayos conductuales con instrucciones y retroalimentación. Una vez iniciada la aplicación, hubo reuniones semanales para solucionar dudas, actualizar recomendaciones y recolectar instrumentos aplicados correctamente.

La batería de instrumentos se aplicó en formato tradicional (lápiz y papel) en lugares públicos (escuelas, parques, jardines, explanadas y hospitales), durante junio y julio del 2019. Se invitó a participar a las personas de forma verbal y se les entregó una carta de consentimiento informado (ver Apéndice A), teniendo cuidado de resolver cualquier duda que pudiese surgir. Con las personas que aceptaron participar, después de haber firmado, se realizó un breve ejercicio de memorización para que recordaran tres alimentos ingeridos en los últimos veintiocho días con el apoyo de un calendario físico (en papel). La actividad tenía el objetivo de asegurar el esfuerzo cognitivo de recuerdo al momento de la aplicación de la prueba.

Posteriormente, se les permitió responder los cuestionarios (ver Apéndices B y C) dándoles el tiempo suficiente. Cuando terminaban de responder, se realizaba un protocolo de revisión de las baterías para verificar que todas las preguntas tuvieran respuestas. Finalmente, se

entregó a los participantes una hoja con información de centros de atención psicológica que brinda la UNAM (ver Apéndice D), con el propósito de propiciar una alternativa de intervención en el caso de que los participantes desarrollaran algún tipo de malestar a consecuencia de responder los cuestionarios. Cabe señalar que ningún participante mencionó algún tipo de incomodidad o problema al finalizar el llenado del cuestionario. De la misma forma, ningún participante contactó al investigador principal al término de la recolección de datos.

Diseño

Validación y adaptación de un cuestionario psicológico por medio de un estudio instrumental (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos, tales como, frecuencias, medidas de tendencia central, cuartiles y medidas de variabilidad con el programa IBM SPSS Statistics, versión 26. El ajuste de los modelos de medida de Fairburn y Beglin (2008) y Parker et al. (2015, 2016) se evaluó mediante el análisis factorial confirmatorio, con el paquete lavaan para RStudio, versión 2022.12.0. Los índices de ajuste se determinaron con base en recomendaciones internacionales (Furr, 2022; Kenny, 2020): índice de error cuadrático medio de aproximación de la raíz (*root mean square error of approximation*; RMSEA, por sus siglas en inglés) $\leq .06$, índice estandarizado de la raíz del cuadrado medio del residuo (*standardized root mean residual*; SRMR, por sus siglas en inglés) $\leq .08$, índice de ajuste comparativo (*comparative fit index*; CFI, por sus siglas en inglés) $\geq .95$, índice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index*; TLI, por sus siglas en inglés) o índice no normalizado (*nonnormed fit index*; NNFI, por sus siglas en inglés) $\geq .95$. Se empleó el método de máxima verosimilitud con errores estándar robustos, debido a que la muestra de mujeres y hombres no presentaron normalidad estadística. La consistencia interna se

analizó con el alfa de Cronbach. Para evaluar la validez convergente se examinó la correlación de Pearson entre el modelo de medida del BSQ y el del EDE-Q. Los análisis de confiabilidad y validez convergente se llevaron a cabo con el programa IBM SPSS Statistics 25.

Resultados

Análisis Factorial Confirmatorio

En la Tabla 6 se observa un adecuado ajuste del modelo de Parker et al. (2015, 2016), de 14 ítems, tanto en hombres (los índices CFI y NNFI se encuentran en un rango marginal) como en mujeres (el índice NNFI se encuentra en un rango marginal). En contraste, el CFA del modelo original propuesto por Fairburn y Beglin (2008), arrojó índices de ajuste deficientes.

Tabla 6

Análisis factorial confirmatorio de los modelos de medida del EDE-Q en mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Sexo	χ^2 (p)	gl	χ^2/gl	RMSEA [IC 90%]	SRMR	CFI	NNFI
Modelo de Fairburn y Beglin (2008)							
Mujeres	1295.97 (p < .001)	202	6.42	.09 [.095-.104]	.09	.76	.72
Hombres	645.61 (p < .001)	202	3.20	.08 [.073-.084]	.09	.73	.69
Modelo de Parker et al. (2015)							
Mujeres	227.06 (p < .001)	71	3.20	.06 [.055-.071]	.04	.95	.93
Hombres	139.71 (p < .001)	71	1.97	.05 [.042-.062]	.05	.93	.91

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

Correlaciones inter-factor

La tabla 7 muestra covarianzas positivas y estadísticamente significativas entre los cuatro factores propuestos por Parker et al. (2015, 2016) del modelo de 14 ítems. Referente a las covarianzas de la muestra de mujeres se destaca que todos los valores son significativos ($p < .001$), oscilando entre .43 y .78; igualmente, la muestra de hombres refleja covarianzas significativas ($p < .01$ y $p < .001$) y sus valores oscilan entre .37 y .76.

Tabla 7

Matriz de correlaciones inter-factor del modelo de medida del EDE-Q14 en mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

	1	2	3	4
1. Dieta restrictiva	-	.50***	.48***	.43***
2. Preocupación por comer	.50**	-	.70***	.68***
3. Preocupación por la apariencia	.37***	.69***	-	.78***
4. Sobrevaloración de la figura y el peso	.40***	.63**	.76***	-

Nota: En la parte superior de la diagonal se muestran las correlaciones inter-factor de la muestra de mujeres, mientras que en la parte inferior de la diagonal se presentan las correlaciones inter-factor de la muestra de hombres.

** $p < .01$. *** $p < .001$ (bilateral)

Cargas factoriales

La Tabla 8 muestra las cargas factoriales y los errores de los 14 ítems del modelo de medida del EDE-Q14 propuesto por Parker et al. (2015, 2016), los valores de la muestra de mujeres referente a la carga factorial oscilan entre .47 y .95, en cambio, los valores de la muestra de hombre oscilan entre .40 y .88.

Tabla 8

Cargas factoriales y errores de los ítems del modelo de medida del EDE-Q en mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Factores e ítems	Mujeres		Hombres	
	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)?	.82	.32	.71	.49
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)?	.80	.36	.79	.38
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)?	.70	.51	.72	.49
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	.49	.75	.42	.82

Factores e ítems	Mujeres		Hombres	
	Carga factorial	Error	Carga factorial	Error
(por ejemplo, trabajar, tener una conversación o leer)?				
Ítem 9. ¿En cuántos de los últimos 28 días has tenido un temor fijo o persistente de perder el control sobre tu alimentación?	.64	.59	.55	.70
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.).	.47	.78	.40	.84
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.	.77	.41	.70	.51
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.).	.73	.46	.63	.60
Factor 3. Preocupación por la apariencia				
Ítem 25. ¿En los últimos 28 días qué tan insatisfecho(a) has estado con tu peso?	.80	.36	.67	.55
Ítem 26. ¿En los últimos 28 días qué tan insatisfecho(a) has estado con tu figura corporal?	.87	.23	.78	.39
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 desvestes o al tomar un baño o una ducha)?	.94	.12	.84	.28
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)?	.90	.19	.86	.25

Factores e ítems	Mujeres		Hombres	
	Carga factorial	Error	Carga factorial	Error
Factor 4. Sobrevaloración de 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?	.92	.14	.87	.23
Ítem 23. ¿En los últimos 28 días ha influido tu figura corporal en lo que piensas acerca de ti (en cómo te juzgas) como persona?	.95	.10	.88	.22

Confiabilidad (Consistencia interna)

En la Tabla 9 se puede observar que los cuatro factores del EDE-Q presentaron los siguientes valores, para las muestras de mujeres y hombres, de acuerdo con los criterios de Frías-Navarro (2022): 1) dieta restrictiva, bueno y aceptable, 2) preocupación por comer, aceptable y cuestionable, 3) preocupación por la apariencia, excelente y bueno, 4) sobrevaloración de la figura-peso, excelente y bueno. Por último, el puntaje total del modelo de Parker et al. (2015, 2016) fue excelente y bueno.

Tabla 9

Consistencia interna del modelo de medida del EDE-Q en mujeres (N= 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Alfa de Cronbach (α)	Mujeres	Hombres
EDE-Q Global (14 ítems)	.90	.86
EDE-Q Factor 1, Dieta restrictiva	.82	.78
EDE-Q Factor 2, Preocupación por comer	.75	.66
EDE-Q Factor 3, Preocupación por la apariencia	.93	.87

Nota: N = Muestra; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire.

Validez convergente

La muestra de mujeres (Tabla 10) presentó correlaciones positivas y significativas entre el modelo de medida del EDE-Q14 (puntaje global y cuatro factores) de Parker et al. (2015, 2016) y el puntaje global del BSQ-8. Los valores oscilaron entre $r = .37$ y $r = .89$, $p < .001$, interpretados como magnitudes moderadas y fuertes. Específicamente, la correlación entre el puntaje global del modelo de medida del EDE-Q14 de Parker et al. (2015, 2016) y el puntaje global del BSQ-8 fue positiva, significativa y fuerte ($r = .85$, $p < .001$). De la misma forma, los valores entre los factores del modelo de medida del EDE-Q14 de Parker et al. (2015, 2016) y el puntaje global del mismo se mantuvieron positivos, significativos y oscilaron entre magnitudes moderadas y fuertes ($r = .43$ y $r = .84$, $p < .001$).

Tabla 10

Correlaciones de Pearson entre los factores del modelo de medida del EDE-Q14, con el constructo insatisfacción corporal del BSQ-16, en mujeres (N = 550) de la ZMVM en 2019

	1	2	3	4	5	6	M	DE
1. Dieta restrictiva	-						4.70	5.01
2. Preocupación por comer	.41***	-					3.55	4.85
3. Preocupación por la apariencia	.43***	.58***	-				9.77	7.47
4. Sobrevaloración de la figura y el peso	.37***	.57***	.72***	-			3.86	3.74

5. EDE-Q Global (14 ítems)	.68***	.79***	.89***	.81***	-	21.87	16.97
6. BSQ-8	.43***	.67***	.84***	.74***	.85***	19.59	9.24

Nota: EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; BSQ-8 = *Body Shape*

Questionnaire-8; M = Media; DE = Desviación estándar.

*** $p < .001$ (bilateral)

La muestra de hombres (Tabla 11) presentó correlaciones positivas y significativas entre el modelo de medida del EDE-Q14 (puntaje global y cuatro factores específicos) de Parker et al. (2015, 2016) y el puntaje global del BSQ-8. Los valores oscilaron entre $r = .32$ y $r = .84$, $p < .001$, interpretados como magnitudes moderadas y fuertes. Además, la correlación entre el puntaje global del modelo de medida del EDE-Q14 de Parker et al. (2015, 2016) y el puntaje global del BSQ-8 fue positiva, significativa y fuerte ($r = .77$, $p < .001$). De la misma forma, los valores entre los factores del modelo de medida del EDE-Q14 de Parker et al. (2015, 2016) y el puntaje global del mismo se mantuvieron positivos, significativos y fuertes ($r = .61$ y $r = .70$, $p < .001$).

De los análisis estadísticos expuestos en las Tablas 10 y 11 se puede concluir que el modelo de medida del EDE-Q14 de Parker et al. (2015, 2016) posee adecuada validez convergente debido a las correlaciones positivas y significativas que se presentaron entre los factores del modelo y el puntaje global del mismo con la insatisfacción corporal.

Tabla 11

Correlaciones de Pearson entre los factores del modelo de medida del EDE-Q, con el constructo insatisfacción corporal del BSQ-8, en hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

	1	2	3	4	5	6	M	DE
1. Dieta restrictiva	-						3.87	4.76
2. Preocupación por comer	.35***	-					2.21	3.32
3. Preocupación por la apariencia	.32***	.49***	-				6.69	5.83
4. Sobrevaloración de la figura y el peso	.34***	.49***	.65***	-			2.62	2.96
5. EDE-Q Global (14 ítems)	.68***	.72***	.84***	.77***	-		15.38	12.94
6. BSQ-8	.42***	.61***	.70***	.62***	.77***	-	15.31	6.96

Nota: EDE-Q14 = *Eating Disorder Examination Questionnaire-14*; BSQ-8 = *Body Shape Questionnaire-8*.

*** $p < .001$ (bilateral)

Regresión lineal simple

Llamó la atención la correlación elevada entre las puntuaciones totales del BSQ-8 y las puntuaciones totales del EDE-Q14. Para tratar de buscar una explicación a estas observaciones, se efectuó un análisis de regresión lineal simple para examinar si las puntuaciones del BSQ-8 impactan en las puntuaciones del EDE-Q14.

Se observó que el BSQ-8 explicó significativamente el 72.50% de la varianza del EDE-Q14 en mujeres y el 59.80% de la varianza en hombres (ver Tabla 12). Asimismo, se demostró que dicha predicción fue significativa tanto en mujeres como en hombres, lo que permite

concluir que los puntajes más altos del EDE-Q14 se asociaron con puntajes más altos del BSQ-8 en hombres y en mujeres de la ZMVM en 2019. En otras palabras, la insatisfacción corporal resultó ser un predictor confiable de los trastornos alimentarios, tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres. En ambos, la insatisfacción corporal explica una gran cantidad de varianza de los trastornos alimentarios; sin embargo, en las mujeres el valor es mayor que en los hombres.

Tabla 12

Modelo de regresión lineal del efecto de la insatisfacción corporal (puntaje total del BSQ-8) sobre la psicopatología alimentaria (puntaje total EDEQ-14), en mujeres (n = 550) y hombres (n = 356) de la ZMVM en 2019

Sexo	F (gl)	p	R²	β	β_{est}	SE^b	p
Mujeres	1,445.45 (1, 548)	< .001	.725	1.56	.85	.041	< .001
Hombres	529.54 (1, 354)	< .001	.598	1.44	.77	.063	< .001

Nota: β = Beta. β_{est} = Beta estandarizada. SE^b = error estándar de la beta.

Invariancia entre sexos

Se realizó un análisis de invariancia entre sexos (Tabla 13) con el propósito de indagar acerca de posibles diferencias cualitativas entre mujeres y hombres en el modelo de medida de Parker et al. (2015, 2016). Como resultado, se encontró que no hay tales diferencias cualitativas,

es decir, hombre y mujeres por igual están entendiendo las preguntas del instrumento de la misma manera.

Tabla 13

Invariancia del modelo del EDE-Q de Parker et al. (2015, 2016) de 14 ítems entre mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Modelo	χ^2 / gl	RMSEA [90% IC]	SRMR	CFI	NNFI	Δ RMSEA	Δ CFI
Configural	361.86/142 (2.55)	.058 [.052, .065]	.04	.942	.93	—	—
Métrica	361.06/152 (2.37)	.055 [.049, .061]	.04	.945	.93	-.003	.003
Escalar	451.62/176 (2.57)	.056 [.050, .061]	.05	.941	.93	.001	-.004
Estricta	502.093/176 (2.85)	.059 [.053, .064]	.06	.928	.92	.003	-.013

Nota. χ^2 = ji cuadrada; *gl* = grados de libertad; RMSEA = índice de error cuadrático medio de aproximación de la raíz; IC = intervalo de confianza; SRMR = índice estandarizado de la raíz del cuadrado medio del residuo; CFI = índice de ajuste comparativo; NNFI = índice de ajuste no normalizado.

** $p < .01$.

Diferencias por sexo (resultados de la prueba *t* de Student)

Adicionalmente, se realizó el análisis estadístico *t* para muestras independientes (Tabla 14), con el objetivo de evaluar posibles diferencias por sexo. Tal como lo recomienda Caycho (2017), después de evaluar que el modelo factorial propuesto no varía en función de las características de los grupos que se comparan, se pueden realizar análisis de diferencias

estadísticas. En la Tabla 14 se observa que tanto en los cuatro factores del modelo de medida del EDE-Q14 (Parker et al., 2015, 2016) como en el puntaje global del mismo, los valores promedio son significativamente mayores en las mujeres, es decir, hay una diferencia estadística en los síntomas que presentan las mujeres en comparación con los hombres de población general de la ZMVM.

Tabla 14

Prueba t para muestras independientes para comparar los factores del EDE-Q y su puntaje global entre mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Factor	Mujeres M (DE)	Hombres M (DE)	t (gl)	Diferencia
1. Dieta restrictiva	4.69 (5.01)	3.87 (4.76)	2.45 (904)	0.82*
2. Preocupación por comer	3.55 (4.85)	2.21 (3.42)	4.87 (897.21)	1.34***
3. Preocupación por la apariencia	9.77 (7.47)	6.69 (5.83)	6.95 (873.10)	3.09***
4. Sobrevaloración de la figura y el peso	3.86 (3.74)	2.62 (2.96)	5.54 (868.66)	1.24***
5. Puntaje global (14 ítems)	21.87 (16.97)	15.38 (12.94)	6.61 (880.16)	6.47***

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

* $p < .05$, *** $p < .001$ (bilateral)

Finalmente, una vez evaluada y demostrada la validez y confiabilidad del EDE-Q14 en población general de la ZMVM, se presenta una tabla de percentiles como información adicional descriptiva. Ya se mencionó que el EDE-Q ha sido un instrumento ampliamente utilizado para

finés clínicos y en investigación, por ello, los percentiles obtenidos en este estudio se muestran con el principal objetivo de dar una luz a profesionales que necesiten un punto de partida, ya que tener presente datos de comparación de algún estudio conlleva mayor objetividad que el criterio propio. A continuación (Tabla 15), se describen datos sobre el puntaje de mujeres y hombres de los cuatro factores del modelo de medida desarrollado por Parker et al. (2015 y 2016) y el puntaje global del mismo.

Tabla 15

Percentiles del modelo de medida del EDE-Q14 para mujeres (N = 550) y hombres (N = 356) de la ZMVM en 2019

Percentil	Factor 1, Dieta restrictiva		Factor 2, Preocupación por comer		Factor 3, Preocupación por la apariencia		Factor 4, Sobrevaloración de 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	2.00	0.00	5
10	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	3.00	1.00	10
15	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	0.55	0.00	0.00	4.65	3.00	15
20	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	1.00	0.00	0.00	6.00	4.00	20
25	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	2.00	1.00	0.00	8.00	5.00	25
30	1.00	0.00	1.00	0.00	4.00	3.00	1.00	0.00	10.00	7.00	30
35	1.85	1.00	1.00	0.00	5.00	3.00	2.00	0.00	12.00	8.00	35
40	2.00	1.00	1.00	0.00	6.00	4.00	2.00	0.00	14.00	9.00	40
45	2.00	1.00	1.00	1.00	7.00	4.00	2.00	1.00	16.00	11.00	45
50	3.00	2.00	2.00	1.00	8.00	5.00	3.00	2.00	18.00	12.50	50
55	4.00	3.00	2.00	1.00	10.00	6.00	4.00	2.00	21.00	14.00	55
60	5.00	3.00	2.60	1.00	11.00	7.00	4.00	2.00	23.00	16.00	60
65	6.00	4.00	3.00	2.00	12.00	8.00	4.00	2.10	26.00	18.00	65
70	6.00	5.00	4.00	2.00	14.00	9.00	5.00	4.00	29.00	20.00	70

	Factor 1, Dieta restrictiva		Factor 2, Preocupación por comer		Factor 3, Preocupación por la aparición		Factor 4, Sobrevaloración de la figura y el peso		Puntaje global (14 ítems)		
75	7.00	6.00	5.00	3.00	16.00	10.00	6.00	4.00	32.00	23.00	75
80	9.00	7.00	6.00	4.00	18.00	12.00	8.00	4.00	36.00	26.00	80
85	10.00	9.00	7.00	5.00	20.00	13.00	8.00	5.00	41.00	29.00	85
90	13.00	12.00	10.00	7.00	21.00	15.00	10.00	6.00	45.00	32.00	90
95	16.00	15.00	15.00	10.00	24.00	19.00	12.00	8.30	56.00	40.15	95
100	18.00	18.00	28.00	20.00	24.00	24.00	12.00	12.00	79.00	72.00	100

Nota: M = Mujeres; H = Hombres

Discusión

El propósito general del presente estudio fue conocer las propiedades psicométricas del EDE-Q en población general de la ZMVM, es decir, saber si es un instrumento psicométrico válido y confiable para medir la psicopatología alimentaria. Para ello, se atendieron diferentes objetivos que se plantean a continuación: 1) traducir el EDE-Q de su idioma original (inglés) al español por medio del procedimiento de traducción inversa de Cardoso et al. (2010); 2) adaptar el EDE-Q de acuerdo con las necesidades culturales de la población mexicana; 3) determinar el ajuste de dos modelos de medida del EDE-Q: el modelo original de cuatro factores y 22 ítems de Fairburn y Beglin (2008), y el modelo de 14 ítems distribuidos en cuatro factores de Parker et al. (2015, 2016); 4) evaluar la confiabilidad del EDE-Q por medio de su consistencia interna a partir del Alfa de Cronbach; 5) evaluar la validez convergente del EDE-Q a partir de la correlación entre las sumas de sus puntuaciones y las del Cuestionario de Insatisfacción Corporal ([*Body Shape Questionnaire*] BSQ, por sus siglas en inglés), utilizando el modelo de medida de un factor y ocho ítems de Welch et al. (2012); 5) finalmente, indagar la invariancia entre mujeres y hombres del modelo de medida del EDE-Q14.

Después de una revisión exhaustiva de literatura, se plantearon varias hipótesis que guiaron este trabajo. Como primera hipótesis se propuso que el modelo de medida de Parker et al. (2015, 2016) mostraría un ajuste adecuado para los datos recabados, además de que sería una mejor estructura factorial en comparación con el modelo de Fairburn y Beglin (2008). Tal como se hipotetizó, los resultados son congruentes con dicho modelo de medida y con lo que reportaron Rand-Giovannetti et al. (2020) en población universitaria estadounidense; así como Parker et al. (2015, 2016) en población clínica de personas australianas candidatas y sujetas a

cirugía bariátrica. A continuación, se describe y compara un estudio de gran importancia por su importancia geográfica.

Letchipía y Pérez (2021) realizaron el proceso de validez y confiabilidad del EDE-Q 6.0 en universitarios de la ZMVM. Como primer punto, se observa que los resultados del CFA son similares en ambas muestras, el modelo de Parker et al. (2015, 2016) es superior al propuesto por Fairburn y Beglin (2008), asimismo, las correlaciones inter-factor o covarianzas resultaron positivas y significativas estadísticamente. Las cargas factoriales y errores de los ítems fueron tan similares entre los estudios que coincidieron en dos ítems que presentaron cargas factoriales bajas ($< .5$) tanto en mujeres como en hombres y que se discuten más adelante en esta sección. Finalmente, los valores de la consistencia interna y validez entre factores del EDE-Q 6.0 fueron aceptables, para el primero caso, y positivos y significativos para el segundo, en ambos estudios. La réplica de estos resultados, a pesar de las variaciones en las características de las poblaciones estudiadas es un buen indicio de un modelo firmemente sustentado, teórica y metodológicamente.

Al analizar los ítems contenidos en los cuatro factores del modelo de medida de Parker et al. (2015, 2016) se puede resaltar lo siguiente: el factor restricción dietética abarca comportamientos destinados a limitar o controlar la cantidad de ingesta en la alimentación (ítem 1, 3 y 4), además de comportamientos que limitan el tipo de los alimentos que las personas comen (ítem 3); el factor preocupación por comer, en cambio, aborda emociones como preocupación (ítem 7 y 21), miedo o temor (ítem 9), vergüenza o culpa (ítem 19, 20 y 21), relacionadas con la alimentación; el factor preocupación por la apariencia, de la misma forma, aborda emociones como insatisfacción (ítem 25 y 26) o incomodidad (ítem 27 y 28), relacionadas con la figura corporal y el peso. El último factor, sobrevaloración de la forma y el

peso, está conformado por dos ítems que abordan la influencia de la figura corporal (ítem 23) o el peso (ítem 22) en el autoconcepto.

Sobre los cuatro factores descritos anteriormente, se destaca también que los factores preocupación por comer y sobrevaloración por la figura-peso siguen estando presentes y son congruentes, parcialmente, con la teoría transdiagnóstica de los trastornos alimentarios propuesta por Fairburn et al. (2003). Dicha teoría propone una dimensión nuclear que subyace a los trastornos alimentarios tipificados en los manuales diagnósticos internacionales (DSM-5 y CIE-11), la cual está compuesta por la sobrevaloración de comer, sobrevaloración de la figura corporal y sobrevaloración del peso. La única distinción en esta comparación es que el factor preocupación por comer de Parker et al. (2015, 2016) contiene elementos evaluativos, emocionales y conductuales sobre la imagen corporal (por ejemplo, Hrabosky, 2008), mientras que la teoría del núcleo de la psicopatología central propuesto por Fairburn et al. (2003) se perfila más a un conjunto de síntomas cognitivos.

En cambio, los factores dieta restrictiva, preocupación por comer y sobrevaloración de la figura-peso, son similares a los cuatro factores propuestos originalmente por Fairburn y Beglin en 1994 y en 2008, cuando presentaron la última versión del EDE-Q 6.0. Sin embargo, a diferencia de la propuesta original, los factores preocupación por el peso y preocupación por la figura se agruparon en un solo factor, nombrado sobrevaloración de la figura-peso, hallazgo que fue respaldado por una revisión sistemática reciente (Kling et al., 2019). La unión de estos factores también es coherente con lo señalado por los autores originales cuando desarrollaron la EDE en 1989; mencionaron que estos dos factores podrían converger para su correcta evaluación y que por falta de evidencia se optó por dejarlos como dos subescalas o factores separados (Cooper et al., 1989). Estos datos, en congruencia con los que han arrojado otras investigaciones

(Calugi et al., 2017; Carey et al., 2019; Chan y Leung, 2015; Giovazolias et al., 2012; Grilo et al., 2013, 2015; Machado et al., 2018; Parker et al., 2015, 2016; Rand-Giovanetti et al., 2020; Scharmer et al., 2020; Serier et al., 2018; Tobin et al., 2019; Unikel et al., 2018), incluida la investigación de Unikel et al. (2018) realizada con población de mujeres mexicanas, sugieren que la sobrevaloración de la figura y el peso no son constructos conceptualmente distintos, como ya lo señaló White et al. en 2014.

En la misma línea argumentativa, la segunda hipótesis planteó un ajuste inadecuado del modelo original de Fairburn y Beglin (2008). Los resultados sobre la estructura factorial son congruentes con esta hipótesis y con lo reportado en diversos estudios internacionales (Allen et al., 2011; Becker et al., 2009; Byrne et al., 2010; Calugi et al., 2017; Carrard et al., 2015; Darcy et al., 2013; Friborg et al., 2013; Hrabosky et al., 2008; Kliem et al., 2015; Machado et al., 2020; Machado et al., 2017; Peterson et al., 2007; Rand-Giovanetti et al., 2020; Scharmer et al., 2020; Serier et al., 2018; Tobin et al., 2019; Unikel et al., 2018). Con lo anterior se puede sugerir que el modelo de medida propuesto por Fairburn y Beglin (2008) no explica adecuadamente la forma en que se distribuye y conglopera la sintomatología principal de la psicopatología alimentaria, por lo tanto, no sería conveniente seguir utilizándolo.

Respecto a la tercera hipótesis, se planteó que la confiabilidad del modelo de Parker et al. (2015, 2016) del EDE-Q sería adecuada (igual o mayor que .80). La puntuación global cumplió con este supuesto para ambos sexos, resultado que sugiere que el modelo de medida de 14 ítems del EDE-Q es confiable. Por su parte, casi todos los factores del modelo de medida cumplen con este supuesto, a excepción del factor 1 (dieta restrictiva) para hombres, que presentó un valor aceptable ($\alpha = .78$) y el factor 2 (preocupación por comer) que presentó valores aceptable y cuestionable ($\alpha = .75$ y $\alpha = .66$) para la muestra de mujeres y hombres, respectivamente. Aunque

no son resultados que cumplen con el criterio de la hipótesis, estos son congruentes con lo reportado por Parker et al. (2015, 2016). El resultado de la consistencia interna del factor preocupación por comer suele ser ligeramente bajo, por ejemplo, en el estudio de Parker et al. (2015), se reportó una consistencia interna de $\alpha = .76$ para este factor, mientras que en el estudio de 2016 se reportó una consistencia interna de $\alpha = .67$ para este factor en la EDE, y $\alpha = .77$ para el mismo factor del EDE-Q. Estos valores de la consistencia interna del factor preocupación por comer se podrían explicar por la heterogeneidad del contenido de los ítems que lo componen, por ejemplo, preocupación (ítem 7 y 21), miedo o temor (ítem 9), y vergüenza o culpa (ítem 19, 20 y 21), relacionadas con la alimentación, lo que abre la posibilidad de pensar que las personas que contestaron los cuestionarios entendieron de forma inconsistente estas preguntas.

Otra observación sobre los valores de la consistencia interna de este factor son dos ítems que presentan una carga factorial baja ($< .5$), en concreto, 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)?”, e 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.)”. Al respecto, se señala que esta última pregunta (ítem 19) tuvo diversas modificaciones en su contenido durante los estudios piloto, la más relevante fue el siguiente apartado que se agregó “...ni las veces que has comido en secreto debido a las reglas de un lugar (por ejemplo, trabajo, escuela, etc.)”. En los estudios piloto, las personas reportaron que en ocasiones sí comían a escondidas porque no era el horario para hacerlo, porque en el lugar no se permitía comer o bien porque la demanda que tenían en su trabajo, escuela, etcétera, tampoco les permitía tener un lugar adecuado y específico para

alimentarse. En estos casos, comer a escondidas dejaba de ser un tema de vergüenza o culpa. Las anteriores modificaciones a la pregunta pudieron aún no ser suficientes para que las personas que contestaron el EDE-Q lo entendieran en su totalidad.

Por otro lado, tal y como se planteó en la cuarta hipótesis, el modelo de medida del EDE-Q mostró adecuada validez convergente al presentar una relación directa y fuerte ($r \geq .60$) con la insatisfacción corporal, como ya se ha demostrado en diversos estudios (Chan y Leung, 2015; Giovazoliaz et al., 2013; Penelo et al., 2012; Welch et al., 2012). Las correlaciones entre el BSQ-8 oscilaron entre magnitudes positivas, moderadas y fuertes, con el modelo de medida del EDE-Q14 (puntaje global y cuatro factores específicos) de Parker et al. (2015, 2016), en la muestra de mujeres; de forma similar, en la muestra de hombres, las magnitudes oscilaron entre positivas, moderadas y fuertes. La validez convergente a partir del BSQ se ha incluido en el estudio debido a que la insatisfacción corporal se ha considerado un predictor de los trastornos alimentarios (Devlin y Chu, 2001). Es por ello que llama la atención la alta correlación entre el BSQ-8 y el puntaje global del EDE-Q14, en ambas muestras. Este hallazgo podría indicar un traslape teórico que suma a los cuestionamientos sobre la perspectiva transdiagnóstica de los trastornos alimentarios. A partir de ello, surge el siguiente cuestionamiento ¿es la insatisfacción corporal un predictor de los trastornos alimentarios, tal y como lo señalaron Devlin y Chu (2001), o simplemente es un constructo que forma parte de las dimensiones que describen y mantienen estos trastornos? Más arriesgado aún, cabría preguntarse ¿sería indiferente aplicar el BSQ-8 o el EDEQ-14 en un contexto de evaluación de los trastornos alimentarios?

Para tratar de responder estas preguntas, se efectuó un análisis de regresión para examinar si las puntuaciones del BSQ-8 impactan en las puntuaciones totales del EDE-Q14. Los análisis de regresión mostraron que la insatisfacción corporal constituye un buen predictor de los

trastornos alimentarios tanto en mujeres como en hombres, sin embargo, el valor de la varianza explicada fue mayor en mujeres. El instrumento de insatisfacción corporal (BSQ-8) constituye un buen predictor de la psicopatología alimentaria, por ello, podría aplicarse en contextos de evaluación de estos trastornos, lo cual representaría una ventaja dada su brevedad y su presentación de ítems, en los cuales, las instrucciones no cambian a lo largo del cuestionario. No obstante, la evaluación más precisa de la psicopatología alimentaria y sus dimensiones tendría que efectuarse con el EDEQ-14, particularmente en el caso de los hombres, puesto que para ellos la insatisfacción corporal explica menos varianza de los trastornos alimentarios.

Ahora bien, para responder si la insatisfacción corporal podría ser un constructo que forma parte de las dimensiones que describen y mantienen estos trastornos es necesario hacer un análisis riguroso sobre la estructura interna de los ítems, su validez de contenido, la teoría que subyace a ambos cuestionarios, realizar nuevos análisis estadísticos y con base en ello, dar una luz a este cuestionamiento. Por lo anterior, se sugiere que la investigación venidera sume evidencia de este hallazgo.

La hipótesis cinco planteaba que la estructura factorial del EDEQ-14 variaría en función de las muestras (mujeres y hombres), como se ha encontrado en algunas investigaciones (Carey et al., 2019; Darcy et al., 2013), sin embargo, no se respaldó dicha hipótesis. Tal como se ha demostrado, a pesar de las diferencias en cuanto al grado o magnitud de sintomatología, el modelo factorial del EDE-Q14 es invariante en función del sexo (por ejemplo, Grilo et al., 2015; Penelo et al, 2013), lo que sugiere que el modelo de medida de Parker et al. (2015, 2016) ofrece una explicación similar para mujeres y hombres de la distribución de los principales indicadores de la psicopatología alimentaria en cuatro dimensiones. Ya se ha descrito que hay similitudes por sexo en los problemas alimentarios, por ejemplo, se ha encontrado interconectividad en los

síntomas (Perko et al., 2019) y pocas diferencias en el deterioro psicosocial que provocan (Bentley et al., 2015). Estos hallazgos representan una ventaja para la línea de investigación transdiagnóstica de los problemas alimentarios, ya que tener un modelo explicativo de los trastornos alimentarios que sea consistente a pesar de las variaciones en la población (edad, sexo, etcétera) disminuye la heterogeneidad en su evaluación y tratamiento. Además, las comparaciones entre sexo suman a la explicación de los problemas alimentarios que poco se han estudiado en hombres, incluyendo aquellos sobre incidencia, prevalencia y mortalidad (van Eeden et al., 2021). Cabe señalar que, como resultado colateral de esta tesis, se observó que las mujeres sí presentan mayores indicadores de psicopatología alimentaria que los hombres.

Con todo lo planteado en el presente trabajo, es necesario mencionar las limitaciones del mismo. Se reconoce la posibilidad de sesgo en los resultados debido al método de recolección de datos utilizado: cuestionarios de autoinforme. Es bien sabido que este método de recolección de datos es más susceptible de cierto grado de error como lo pueden ser la deseabilidad social, el cansancio, los problemas de memoria o atención, los problemas de lectura, los problemas de visión, etcétera. Sin embargo, como ya se expuso en el primer capítulo, por tratarse de fenómenos a los que es difícil, tardado y costoso acceder más que por autoinforme, los cuestionarios estandarizados no dejan de ser el estándar de oro.

Como limitaciones adicionales en la metodología se observa que el muestreo no fue probabilístico, por lo que no se asegura la representatividad de la muestra obtenida. Adicionalmente, algunos datos sociodemográficos, criterios de inclusión y exclusión (edad, sexo, lugar en el que vive, presencia de un diagnóstico psiquiátrico, presencia de alguna condición personal que impidiera responder la batería de instrumentos, que la persona se encontrara consumiendo alguna droga o que estuviera bajo los efectos de alguna de ellas) fueron obtenidos

de la misma forma, por autoinforme, lo que impediría saber con certeza la veracidad de los datos registrados. Otra limitación fue la evaluación de la confiabilidad. No se indagó la estabilidad temporal, lo que disminuye la posibilidad de asegurar que los resultados obtenidos del EDE-Q son consistentes a lo largo del tiempo. Finalmente, no se realizó contrabalanceo en la conformación de baterías de aplicación; en todos los casos se presentó el siguiente orden: consentimiento informado, datos sociodemográficos, EDE-Q y BSQ. Esto podría resultar en un problema de acarreo en las respuestas, es decir, la respuesta a una pregunta podría determinar la de la siguiente, y de forma general se podría decir lo mismo, las respuestas de un cuestionario podrían determinar las respuestas del otro.

Por lo anterior, se recomienda que en estudios posteriores se cubran estas limitaciones: a) sumar criterios con mayor objetividad en la recolección de datos del fenómeno estudiado, por ejemplo, observación conductual, estudios psicofisiológicos, neuronales o químicos; b) asegurar la aleatorización de la muestra seleccionada que abarque todo el territorio en el que se pretende generalizar los datos; c) la aplicación de un diseño longitudinal que permita conocer la validez y confiabilidad temporal; d) implementar el contrabalanceo cuando se trate de un conjunto de dos o más cuestionarios; e) adoptar criterios dentro del marco ético y legal, que de forma rigurosa permitan incrementar las probabilidades de obtener información con mayor veracidad de los datos sociodemográficos. De esta forma se podría garantizar un mejor cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de los participantes.

Pese a las limitaciones presentadas, este trabajo conlleva varias fortalezas. Este estudio incluyó muestras de hombres y mujeres por igual, diferente de algunos estudios instrumentales realizados en poblaciones clínicas (Aardoon et al., 2012; Peterson et al., 2007; Wolk et al., 2005) y universitarias (Bardone-Cone & Boyd, 2007; Becker et al., 2010; Sahlan et al., 2021; Villarroel

et al., 2011), donde se evaluaron las propiedades psicométricas del EDE-Q exclusivamente en mujeres. Además, este estudio incluye una cantidad considerable y mayor de participantes en comparación con otros realizados en población general (Byrne et al., 2010; Calugi et al., 2017; Heiss et al., 2018; Scharmer et al., 2020), también cuando se comparara con los estudios que evaluaron el modelo de medida de 14 ítems del EDE-Q en población bariátrica (candidatos y pacientes de la cirugía) y universitaria (Parker et al., 2015, 2016; Rand-Giovannetti et al., 2020).

Adicionalmente, se realizaron estudios piloto para la conformación del cuestionario final que se utilizó en el presente estudio. Como lo ha dictado la Comisión Internacional de Tests (ITC, por sus siglas en inglés, 2017), las pruebas piloto son indispensables para una esmerada traducción de significados lingüísticos, psicológicos y culturales. Este proceso sirvió para evaluar y corregir las fallas de redacción, dudas, propuestas y sugerencias más recurrentes al momento de recolectar los datos.

En conclusión, debido a los resultados presentados en esta investigación, es posible determinar que el EDE-Q es un cuestionario válido y confiable que funciona adecuadamente para detectar el grado de sintomatología principal de la psicopatología alimentaria en población general de la ZMVM, asimismo, podría fungir como un cuestionario que guíe investigaciones futuras sobre epidemiología, evaluación y tratamiento sobre los principales indicadores de trastornos alimentarios en población general.

Referencias

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof Op't Landt, M. C. T., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305–309. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Lampard, A., Watson, H., & Fursland, A. (2011). Confirmatory factor analysis of the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 12(2), 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.005>
- Amaya, H. A. (2013). *El rol de la autoestima, factores biológicos y socioculturales sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva* [Tesis doctoral]. UNAM.
- Aragón, B. L. E. (2015). *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría* (2ª ed.). Manual Moderno. <https://bibliotechnia-com-mx.pbidi.unam.mx:2443/portal/visor/web/visor.php>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bandalos, B. L. (2018). *Measurement theory and applications for the social sciences*. The Guilford Press.
- Barbero, G. M. I., Vila, A. E., Holgado, T. F. P. (2015). *Psicometría*. Sanz y Torres
- Bardone-Cone, A. M., & Boyd, C. A. (2007). *Psychometric properties of eating disorder instruments in Black and White young women: Internal consistency, temporal stability, and validity*. *Psychological Assessment*, 19(3), 356–362. [doi:10.1037/1040-3590.19.3.356](https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.356)

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – Republished Article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, *19*(2), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Becker, A. E., Thomas, J. J., Bainivualiku, A., Richards, L., Navara, K., Roberts, A. L., Gilman, S. E., & Striegel-Moore, R. H. (2010). Validity and reliability of a Fijian translation and adaptation of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(2), 171–178. <https://doi.org/10.1002/eat.20675>
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, *35*(6), 483–490.
- Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C., & Mond, J. (2015). Sex differences in psychosocial impairment associated with eating disorder features in adolescents: A school-based study. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(6), 633–640. <https://doi.org/10.1002/eat.22396>

- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>
- Bojorquez, I., Bustos, J., Valdez, V., & Unikel, C. (2018). Life course, sociocultural factors and disordered eating in adult Mexican women. *Appetite*, 121, 207-214.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.085>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271.
<https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 299–307.
[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00220-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00220-X)
- Byrne, S. M., Allen, K. L., Lampard, A. M., Dove, E. R., & 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.
<https://doi.org/10.1002/eat.20681>

- Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., Coppini, A., Franchini, C., & Dalle Grave, R. (2017). The Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 509–514. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0276-6>
- Cardoso, R. C., Gómez-Conesa, A., & Hidalgo, M. M. D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32(6), 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2010.05.001>
- Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N. A., Jenkinson, P. M., & Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in U.K. females and males. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/pas0000703>
- Carrard, I., Lien Rebetz, M. M., Mobbs, O., & Van der Linden, M. (2015). Factor structure of a French version of the eating disorder examination-questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 137–144. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0148-x>
- 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.
- Caycho, T. (2017). Importancia del análisis de invarianza factorial en estudios comparativos en Ciencias de la Salud. *Educación Médica Superior*, 31(2), 0-0.
- Chan, C. W., & Leung, S. F. (2015). Validation of the Eating Disorder Examination Questionnaire: An online version. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(6), 659–665. <https://doi.org/10.1111/jhn.12275>

- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807-812.
- Côrtes, M. G., Meireles, A. L., Friche, A. A. de L., Caiaffa, W. T., & Xavier, C. C. (2013). O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: Revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 427–444.
- da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, 10(7), 829. <https://doi.org/10.3390/nu10070829>
- Dalle-Grave, R., Sartirana, M., Sermattei, S., & Calugi, S. (2021). Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>
- Darcy, A. M., Hardy, K. K., Crosby, R. D., Lock, J., & Peebles, R. (2013). Factor structure of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in male and female college athletes. *Body Image*, 10(3), 399–405. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.01.008>
- Devlin, M. J., & Zhu, A. J. (2001). Body Image in the Balance. *JAMA*, 286(17), 2159–2159. <https://doi.org/10.1001/jama.286.17.2159-JMS1107-3-1>

- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-256.
- Evans, C., & Dolan, B. (1993). Body shape questionnaire: Derivation of shortened “alternate forms”. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 315–321.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199304\)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199304)13:3<315::AID-EAT2260130310>3.0.CO;2-3)
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#)
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In Fairburn, C.G. (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (12th ed., pp. 317–360). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O’Connor, M. E., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour

- therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour 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(3), 311–319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudios de caso*. 2a Ed. EDICIONES PIRÁMIDE
- Franco-Paredes, K., Bautista-Díaz, M. L., Díaz-Reséndiz & Arredondo-Urtiz, E. M. (2018). Propiedades psicométricas del Body Shape Questionnaire (BSQ-14) en mujeres universitarias mexicanas. *Revista Evaluar*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n1.19765>
- Frías-Navarro, D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Friborg, O., Reas, D. L., Rosenvinge, J. H., & Rø, Ø. (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. <https://doi.org/10.1002/mpr.1389>

- García, G. B. I. C. (2018). *Confiabilidad, validez predictiva y validez concurrente de cinco instrumentos de triage internacionales en usuarios mexicanos del Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”* [Tesis de especialidad]. UNAM.
- Gideon, N., Hawkes, N., Mond, J., Saunders, R., Tchanturia, K., & Serpell, L. (2016). Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *PLOS ONE*, *11*(5), e0152744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152744>
- Giovazolias, T., Tsaousis, I., & 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. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000138>
- Gonzalez-Rivera, J. A., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J. & Rosario-Rodríguez, A. (2017). Adaptación y validación de la Escala de Espiritualidad de Delaney en una muestra de adultos puertorriqueños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *20*(1), 296-320.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Masheb, R. M., White, M. A., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (2010). Factor Structure of the Eating Disorder Examination Interview in Patients With Binge-eating Disorder. *Obesity*, *18*(5), 977–981. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.321>
- Grilo, C. M., Henderson, K. E., Bell, R. L., & Crosby, R. D. (2013). Eating Disorder Examination-Questionnaire Factor Structure and Construct Validity in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, *23*(5), 657–662. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0840-8>

- Grilo, C. M., Reas, D. L., Hopwood, C. J., & 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. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 284. <https://doi.org/10.1002/eat.22358>
- Grilo, C., Lozano, C., & Elder, K. (2005). Inter-Rater and Test-Retest Reliability of the Spanish Language Version of the Eating Disorder Examination Interview: Clinical and Research Implications. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(4), 231–240.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00131746-200507000-00003>
- Hazzard, V. M., Hahn, S. L., Bauer, K. W., & Sonnevile, K. R. (2019). Binge eating-related concerns and depressive symptoms in young adulthood: Seven-year longitudinal associations and differences by race/ethnicity. *Eating Behaviors*, 32, 90–94.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.004>
- Heiss, S., Boswell, J. F., & Hormes, J. M. (2018). Confirmatory factor analysis of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: A comparison of five factor solutions across vegan and omnivore participants. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 418–428.
<https://doi.org/10.1002/eat.22848>
- Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J. A., & Freyre, M.-Á. (2020). ¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(2), 232-245.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, T. C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. ProQuest Ebook Central
<https://ebookcentral.proquest.com>

- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Hogan, T. P. (2015). *Pruebas psicológicas: una introducción práctica*. El Manual Moderno
- Hrabosky, J. I., White, M. A., Masheb, R. M., Rothschild, B. S., Burke-Martindale, C. H., & Grilo, C. M. (2008). Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination-Questionnaire for Bariatric Surgery Candidates. *Obesity*, 16(4), 763–769. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.3>
- INEGI | Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2020). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2020/>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*. 2^a Ed. <https://www.intestcom.org/page/16>
- Jenkins, P. E., & Rienecke, R. D. (2022). Structural validity of the Eating Disorder Examination—Questionnaire: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 1012-1030. <https://doi.org/10.1002/eat.23721>
- Jong, M. de, Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., Meer, I. van der, Danner, U. N., Schuur, S. van der, Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 717–727. <https://doi.org/10.1002/eat.23239>
- Kenny, D. A. (2020). *Measuring Model Fit*. <https://davidakenny.net/cm/fit.htm>

- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A., & Tchanturia, K. (2018). Social anxiety in the eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(15), 2477–2491.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000752>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kliem, S., Mößle, T., Zenger, M., Strauß, B., Brähler, E., & Hilbert, A. (2015). The eating disorder examination-questionnaire 8: A brief measure of eating disorder psychopathology (EDE-Q8). *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 613–616.
<https://doi.org/10.1002/eat.22487>
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., Frisén, A., Brandão, M. P., Silva, A. G., Dooley, B., Rodgers, R. F., & Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. *Body Image*, 30, 170–211. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006>
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An Evaluation of the Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99–107. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>
- Le, L. K.-D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46–58.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>

León-Vázquez, C. D. de, Rivera-Márquez, J. A., Bojorquez-Chapela, L., & Unikel-Santoncini, C. (2017). Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City. *Salud Pública de México*, 59(3, may-jun), 258–265.

<https://doi.org/10.21149/8000>

Letechipía, D. L. K. & Pérez, H. S. (2021). *Validez y Confiabilidad del Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q 6.0) en estudiantes universitarios de la Zona Metropolitana del Valle de México* [Tesis de grado]. UNAM.

<http://132.248.9.195/ptd2021/noviembre/0820134/Index.html>

López, A. T., & Corpus, N. Y. P. (2017). La Objetividad en las Pruebas Estandarizadas. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 10(1).

<https://doi.org/10.15366/riee2017.10.1.001>

Luce, K. H. & Crowther, J. H. (1999). The Reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorder* 25, 349-351

Machado, P. P. P., Grilo, C. M., & 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. <https://doi.org/10.1002/erv.2569>

Machado, P. P. P., Grilo, C. M., Rodrigues, T. F., Vaz, A. R., & Crosby, R. D. (2020). Eating Disorder Examination – Questionnaire short forms: A comparison. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 937–944. <https://doi.org/10.1002/eat.23275>

- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. A., & Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 145(1), 25–32.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000100004>
- Martínez-Fiestas, M. (2013). Ventajas e inconvenientes del uso de muestras de estudiantes en cuestionarios online. *Revista de Estudios Empresariales. Segunda época*, 1, 133–148.
- Martín-Merino, E., Ruigómez, A., Johansson, S., Wallander, M.-A., & García-Rodríguez, L. A. (2010). Study of a Cohort of Patients Newly Diagnosed With Depression in General Practice: Prevalence, Incidence, Comorbidity, and Treatment Patterns. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 12(1).
<https://doi.org/10.4088/PCC.08m00764blu>
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffler, A.-L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Mazón, R. J. J., Martínez, S. J., & Martínez, G. A. (2009). La evaluación de la función docente mediante la opinión del estudiante. Un nuevo instrumento para nuevas dimensiones: COED. *Revista de la Educación Superior*, XXXVIII(1)(149), 113–139.
- Meneses, J., Barrios, M., Bonitllo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. UOC.
- Muñiz, J. & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema* 31(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la Psicometría. Teoría clásica y TRI*. Pirámide.

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi:

<https://doi.org/0.7334/psicothema2013.24>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *CIE-11 / Clasificación Internacional de Enfermedades*, (11 ed.). <https://icd.who.int/es>

Osma, L. J. J. (coord.) (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Alianza editorial

Parker, K., Mitchell, S., O'Brien, P., & Brennan, L. (2015). Psychometric evaluation of disordered eating measures in bariatric surgery patients. *Eating Behaviors*, 19, 39–48.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.007>

Parker, K., Mitchell, S., O'Brien, P., & Brennan, L. (2016). Psychometric Evaluation of Disordered Eating Measures in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 26(3), 563–575. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1780-x>

Păsărelu, C. R., Andersson, G., Nordgren, L. B., & Dobrea, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 1–28. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231219>

Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817–824.

https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893

- Peláez-Fernández, M. A. (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid].
- Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., & Raich, R. M. (2013). Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Norms for Rural and Urban Adolescent Males and Females in Mexico. *PLOS ONE*, 8(12), e83245.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083245>
- Penelo, E., Villarroel, A. M., Portell, M., & Raich, R. M. (2012). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *European Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 76–83.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000093>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Perko, V. L., Forbush, K. T., Siew, C. S. Q., & Tregarthen, J. P. (2019). Application of network analysis to investigate sex differences in interactive systems of eating-disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1343–1352.
<https://doi.org/10.1002/eat.23170>
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Bardone-Cone, A. M., Klein, M., & Grange, D. le. (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.20373>

- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212–223. <https://doi.org/10.3969%2Fj.issn.1002-0829.2013.04.003>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2013). Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for US college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0015-1>
- RAE & ASALE. (2020). Test. *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/test>
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 165–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>
- Ramacciotti, C. E., Coli, E., Paoli, R., Gabriellini, G., Schulte, F., Castrogiovanni, S., Dell’Osso, L., & Garfinkel, P. E. (2005). The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(1), 8–12. <https://doi.org/10.1007/BF03353413>
- Rand-Giovannetti, D., Cicero, D. C., Mond, J. M., & Latner, J. D. (2020). Psychometric Properties of the 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>
- Reas, D. L., Øverås, M., & Rø, Ø. (2012). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Among High School and University Men. *Eating Disorders*, 20(5), 437–443. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715523>
- Reidl-Martínez, L. M. (2013). Confiabilidad en la medición. *Investigación en Educación Médica*, 2(6), 107-111.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Rose, J. S., Vaewsorn, A., Rosselli-Navarra, F., Wilson, G. T., & Weissman, R. S. (2013). Test-retest reliability of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a college sample. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 42. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-42>
- Sahlan, R. N., Saunders, J. F., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Body-, eating-, and exercise-related social comparison behavior and disordered eating in college women in the U.S. and Iran: A cross-cultural comparison. *Eating Behaviors*, 40, 101451. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101451>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>

- Saul, J. S., & Rodgers, R. F. (2018). Adolescent Eating Disorder Risk and the Online World. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.011>
- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Leonard, R., Wetterneck, C., Smith, B., Farrell, N., Riemann, B. C., Frederick, D. A., Schaumberg, K., Klump, K. L., Anderson, D. A., & Thompson, J. K. (2018). Identifying a male clinical cutoff on the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1357–1360. <https://doi.org/10.1002/eat.22972>
- Scharmer, C., Donahue, J. M., Heiss, S., & Anderson, D. A. (2020). Factor structure of the Eating Disorder Examination – Questionnaire among heterosexual and sexual minority males. *Eating Behaviors*, 38, 101403. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101403>
- Serier, K. N., Smith, J. E., & 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, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.08.004>
- Smith, A. R., Velkoff, E. A., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. (2019). Are Eating Disorders and Related Symptoms Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors? A Meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 221–239. <https://doi.org/10.1111/sltb.12427>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Murray, S. B., Griffiths, S., Leonard, R. C., Wetterneck, C. T., Smith, B. E. R., Farrell, N. R., Riemann, B. C., & Lavender, J. M. (2017). Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder

- Examination Questionnaire (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 769–775. <https://doi.org/10.1002/eat.22716>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. 4ª Ed. Trillas.
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. de B., Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
- Tiller, J. W. G. (2013). Depression and anxiety. *Medical Journal of Australia*, 199(S6), S28–S31. <https://doi.org/10.5694/mja12.10628>
- Tobin, L. N., Lacroix, E., & von Ranson, K. M. (2019). Evaluating an abbreviated three-factor version of the Eating Disorder Examination Questionnaire in three samples. *Eating Behaviors*, 32, 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.11.003>
- Unikel, C., & Bojorquez, I. (2007). A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology*, 42(1), 59–68. <https://doi.org/10.1080/00207590600760277>
- Unikel, S. C., Bojorquez, C. I., Días de León, V. C., Vázquez, V. V., Rivera, M. J. A., Galván, S. G., & Rocha, V. I. (2018). Validation of eating disorders examination questionnaire in Mexican women. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 146–154. <https://doi.org/10.1002/eat.22819>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

- Vigo, D., Jones, L., Thornicroft, G., & Atun, R. (2020). Burden of Mental, Neurological, Substance Use Disorders and Self-Harm in North America: A Comparative Epidemiology of Canada, Mexico, and the United States. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(2), 87–98. <https://doi.org/10.1177/0706743719890169>
- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M., & 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 Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 121–128. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9177-6>
- Vries, Y. A. de, Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bruffaerts, R., Bunting, B., Girolamo, G. de, Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, A., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Ojagbemi, A., ... Collaborators, on behalf of the W. W. M. H. S. (2020). Transdiagnostic development of internalizing psychopathology throughout the life course up to age 45: A World Mental Health Surveys report. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004031>
- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 863–872. <https://doi.org/10.1002/eat.22723>
- Wade, T. D., Byrne, S., & Bryant-Waugh, R. (2008). The eating disorder examination: Norms and construct validity with young and middle adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 551–558. <https://doi.org/10.1002/eat.20526>

Wade, T. D., Wilksch, S. M., & Lee, C. (2012). A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychology, 31*, 352-359.

<https://doi.org/10.1037/a0025956>

Welch, E., Lagerström, M., & Ghaderi, A. (2012). Body Shape Questionnaire: Psychometric properties of the short version (BSQ-8C) and norms from the general Swedish population.

Body Image, 9(4), 547–550. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.04.009>

Wildes, J. E., Marcus, M. D., & Fagiolini, A. (2008). Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research, 161*(1), 51–58.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.003>

Wolk, S. L., Loeb, K. L., & Walsh, B. T. (2005). Assessment of patients with anorexia nervosa: Interview versus self-report. *International Journal of Eating Disorders, 37*(2), 92–99.

<https://doi.org/10.1002/eat.20076>

Apéndice A. Consentimiento y sociodemográficos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CDMX., a _____ de _____ de 2019

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

- Éste 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 un cuestionario 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 al responsable, Dr. José Alfredo Contreras Valdez, Facultad de Psicología, UNAM (jacv09@outlook.com).

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

FIRMA: _____

DATOS GENERALES

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

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alcaldía o municipio donde vives: _____

Último nivel de estudios terminado: _____

¿Actualmente cursas algún nivel educativo?: _____

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

Si respondiste que sí, ¿Cuál fue? _____

Apéndice B. EDE-Q 6.0

CUESTIONARIO SOBRE ALIMENTACIÓN

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren solamente a las últimas cuatro semanas (28 días). Por favor lee cada pregunta cuidadosamente y respóndelas todas. Muchas gracias.

Preguntas de la 1 a la 12: Por favor, encierra la opción de la derecha que describa mejor tu caso. Recuerda que las preguntas sólo se refieren a las últimas cuatro semanas (28 días).

¿En cuántos de los últimos 28 días...

1. Has <u>intentado</u> 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)?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
2. Has pasado largos periodos (8 horas despierto o más) sin comer nada, <u>para modificar tu figura corporal o tu peso</u> ?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
3. Has <u>intentado</u> 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)?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
4. Has <u>intentado</u> 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)?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
5. Has tenido un deseo fijo o persistente de tener el estómago <u>vacío</u> con el objetivo de modificar tu figura corporal o tu peso?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
6. Has tenido un deseo fijo o persistente de tener el abdomen <u>totalmente plano</u> ?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
7. Pensar en <u>los alimentos, las comidas o las calorías</u> ha hecho que te sea muy difícil concentrarte en las cosas que estás interesado (por ejemplo, trabajar, tener una conversación o leer)?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
8. Pensar en <u>la figura corporal o el peso</u> ha hecho que te sea muy difícil concentrarte en las cosas que estás interesado (por ejemplo, trabajar, tener una conversación o leer)?	Ningún Día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
9. Has tenido un temor fijo o persistente de perder el control sobre tu alimentación?	Ningún	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Todos

	Día	días	días	días	días	días	los días
10. Has tenido un temor fijo o persistente de que podrías aumentar de peso?	Ningún	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Todos
	Día	días	días	días	días	días	los días
11. Te has sentido gordo(a)?	Ningún	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Todos
	Día	días	días	días	días	días	los días
12. Has tenido un fuerte deseo de perder peso?	Ningún	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Todos
	día	días	días	días	días	días	los días

Preguntas de la 13 a la 18: Por favor, en los cuadros de la derecha escribe el número que describa mejor tu caso. Recuerda que las preguntas sólo se refieren a las últimas cuatro semanas (28 días).

13. En los últimos 28 días, ¿cuántas veces has comido lo que otras personas considerarían como una <u>cantidad inusualmente grande de alimentos</u> (en esas circunstancias)?	¿Cuántas veces? <input type="text"/>
14. ...De las veces que respondiste en la pregunta anterior, ¿en cuántas tuviste la sensación de haber perdido el control sobre tu alimentación (en el momento en el que estabas comiendo)?	¿Cuántas veces? <input type="text"/>
15. En los últimos 28 días, ¿en cuántos DÍAS han ocurrido tales episodios de comer en exceso (es decir, has comido una cantidad inusualmente grande de alimentos y has tenido una sensación de pérdida de control en ese momento)?	¿Cuántos días? <input type="text"/>
16. En los últimos 28 días, ¿cuántas veces te has provocado el vómito como un medio para controlar tu figura corporal o peso?	¿Cuántas veces? <input type="text"/>

17. En los últimos 28 días, ¿cuántas **veces** has tomado laxantes como un medio para controlar tu figura corporal o peso?

¿Cuántas veces?

18. En los últimos 28 días, ¿cuántas **veces** has hecho ejercicio de forma “impulsiva” o “compulsiva” como un medio para controlar tu peso, figura corporal, cantidad de grasa corporal, o para quemar calorías?

¿Cuántas veces?

Preguntas de la 19 a la 21. Por favor, encierra la opción de la derecha que describa mejor tu caso. Toma en cuenta que para estas preguntas el término “atacón” significa comer lo que otros considerarían como una cantidad inusualmente grande de comida para las circunstancias presentes, acompañado por una sensación de haber perdido el control sobre la alimentación.

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.).

Ningún	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Todos
Día	días	Días	días	días	días	los días

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.

Ninguna vez	Algunas veces	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	La mayoría de las veces	Siempre
-------------	---------------	--------------------------------	-----------------------	------------------------------	-------------------------	---------

En los últimos 28 días...

Nada en absoluto

Ligeramente

Moderadamente

Totalmente

21. ¿**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.).

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Preguntas de la 22 a la 28: Por favor encierra el número que describa mejor tu caso. Recuerda que las preguntas sólo se refieren a las últimas cuatro semanas (28 días).

¿En los últimos 28 días...	Nada						Totalmente
	en absoluto	Ligeramente	Moderadamente				
22. Ha influido tu peso en lo que piensas acerca de ti (en cómo te juzgas) como persona?	0	1	2	3	4	5	6
23. Ha influido tu figura corporal en lo que piensas acerca de ti (en cómo te juzgas) como persona?	0	1	2	3	4	5	6
24. Cuánto te habría molestado si te hubieran pedido que te pesaras una vez a la semana (sólo una vez a la semana) durante las siguientes cuatro semanas?	0	1	2	3	4	5	6
25. Qué tan insatisfecha(o) has estado con tu peso ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Qué tan insatisfecho(a) has estado con tu figura corporal ?	0	1	2	3	4	5	6
27. 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 desvestes o al tomar un baño o una ducha)?	0	1	2	3	4	5	6
28. 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)?	0	1	2	3	4	5	6

Apéndice C. BSQ-16

Cuestionario de imagen corporal (BSQ-16)

Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.

No hay respuestas buenas ni malas.

Contesta encerrando el número que corresponda a la opción que mejor describa lo que piensas o haces.

Recuerda que la opción que proporciones será confidencial.

1. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?



2. ¿Has tenido miedo de engordar?



3. Sentirte lleno(a) (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gordo(a)?



4. Al fijarte en la figura de otras(as) personas(as) ¿la has comparado con la tuya negativamente?



5. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?



6. Estar desnudo(a) (por ejemplo, cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gordo(a)?



7. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?



8. ¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?



9. ¿Te has sentido excesivamente gordo(a) o redondeado(a)?



10. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de control?



11. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?



12. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo: sentándote en un sofá o en el autobús)?



13. Verte reflejado(a) en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?



14. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?



15. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo: en vestidores comunes de piscinas o baños)?



16. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?



Apéndice D. Centros de Atención Psicológica



Centros de Atención Psicológica



- Programa de atención psicológica a distancia de la UNAM
 - Tel. 55-50-25-08-55
- Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. Tecacalo Mz 21 Lt 24, Adolfo Ruiz Cortínez, Coyoacán, Ciudad de México.
 - Tel. 55-56-18-38-61
- Centro de Formación y Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida Universidad No. 3004, Col. Copilco el Alto, Coyoacán, Ciudad de México.
 - Tel. 55-56-22-23-09
- Clínica Universitaria de Atención a la Salud. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Avenida Guelatao No. 66, Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa, Ciudad de México.
 - Tel. 55-56-23-06-95
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, Tlalpan, Ciudad de México.
 - Tel. 55-55-73-48-44
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - UNAM. Cto. Exterior, Copilco el Alto, 04360 Ciudad de México, CDMX.
 - Tel. 55-56-23-21-27
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Vasco de Quiroga 15, Belisario Domínguez Secc. 16, 14080 Ciudad de México, CDMX. Doc. Matilde Valencia Flores
 - Tel.55-54-87-09-00
- Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. Calle Volcán Cofre de Perote, esquina Volcán Fujiyama, Col. Los Volcanes, Tlalpan, Ciudad de México.
 - Tel. 55-56-55-91-96