



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Validación Concurrente del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado (QEWPR) en una Muestra Mexicana"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Uriel Cortazar Luna

Directora: Dra. **Rosalía Vázquez Arévalo**
Dictaminadores: Dra. **Xóchitl López Aguilar**
Lic. **Cristopher Tamayo Herrera**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A **mis padres**, por brindarme su apoyo incondicional, pero especialmente por su dulzura y calidez en uno de los periodos más complicados de mi vida.

A **Rosalía**, por su paciencia, tiempo y enseñanzas, incluso por los jalones de orejas. Porque sin usted este trabajo sencillamente no habría sido posible, porque su enorme calidad profesional y humana son una inspiración y ejemplo a seguir.

A mis asesores: **Xóchitl y Christopher**, por su tiempo, por las observaciones y comentarios destinados a mejorar la calidad de este trabajo.

A mis **compañeros de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, porque sin nada a cambio accedieron a ser parte de este proyecto.

A mis amigos: **Mike, Carlos e Isis**, por ser un soporte y red de apoyo fundamental durante el proceso de escritura de esta tesis.

A mis compañeros del Grupo de Investigación en Nutrición, **Alfonso, Andy y Karlita**, por sus enseñanzas y retroalimentación.

A **Raquel y Mariana**, ya que sin ustedes el tiempo de aplicación de cuestionarios habría sido significativamente mayor.

Índice

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
1. ANTECEDENTES TEÓRICOS	8
1.1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS.....	8
1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TAIA	9
1.3. FACTORES DE RIESGO	11
1.4. TRASTORNO POR ATRACÓN (TPA)	13
1.5. PREVALENCIA DE TPA.....	16
1.6. COMORBILIDAD DEL TPA.....	17
2. PSICOMETRÍA	20
2.1. TEORÍA CLÁSICA DE LOS TEST	21
2.2. CONFIABILIDAD	22
2.3. VALIDEZ.....	24
3. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE TPA	27
3.1. CUESTIONARIO DE PATRONES DE ALIMENTACIÓN Y PESO (QEWP-R).....	28
3.2. CUESTIONARIO DE ATRACÓN (BES)	31
4. OBJETIVOS	34
5. MÉTODO	35
5.1. DISEÑO.....	35
5.2. PARTICIPANTES	35
5.3. INSTRUMENTOS	36
5.4. PROCEDIMIENTO.....	39
5.5. ANÁLISIS DE DATOS.....	41
6. RESULTADOS	43
7. DISCUSIÓN	49
8. CONCLUSIONES	52
9. REFERENCIAS	53

Resumen

A partir de la inclusión del Trastorno por Atracón como una nosología independiente en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se prioriza el refinamiento de instrumentos de tamizaje que reflejen los criterios propuestos en dicha publicación. A la fecha, existen diversos instrumentos para su evaluación, entre los que destaca el Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado (QEWP-R). El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la validez de tipo convergente del QEWP-R con el Cuestionario de Trastorno por Atracón (BES), así como estimar la validez de criterio predictiva con un grupo clínico. Participaron 465 estudiantes procedentes de instituciones de educación superior del área metropolitana de la Ciudad de México y personas contactadas vía internet, con edades comprendidas entre los 15 y 57 años, quienes contestaron a una versión del QEWP-R actualizada bajo los criterios diagnósticos de DSM-5 y al BES. 43 de los 73 participantes detectados con sintomatología de TPA fueron entrevistados por miembros calificados del Grupo de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala de la UNAM y se conformó un grupo clínico de 20 personas con diagnóstico de TPA ($X=31.40$; $DE=12.04$). Se observaron moderados índices de correlación ETA entre la sintomatología de TPA proveniente del QEWP-R con la puntuación total y del factor “manifestaciones conductuales” del BES (ETA = 0.66 y 0.60, respectivamente), así como entre tres ítems del QEWP-R y el factor “sentimientos y cogniciones” del BES (ETA entre 0.67 y 0.74). Por otra parte, de las 20 personas diagnosticadas con TPA en la IDED, el QEWP-R detectó satisfactoriamente al 70% de ellas. Los valores de sensibilidad y especificidad al compararse el QEWP-R con la IDED-IV fueron de 0.70 y 0.39. El QEWP-R cuenta con un adecuado nivel de convergencia con el BES y un aceptable valor de sensibilidad, además de una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.84$), por lo que se permiten concluir que es una útil herramienta de tamizaje de sintomatología de TPA en población estudiantil mexicana, de acuerdo con los criterios diagnósticos más recientes

Introducción

Tras la llegada de la revolución industrial y la globalización, las sociedades occidentales han sido testigo de un cambio vertiginoso en la forma de producir y distribuir alimentos a lo largo del planeta, gozando cada vez de una mayor disponibilidad y diversidad de ellos, pero trayendo consigo también un importante cambio en la cultura alimentaria, los patrones de consumo y una marcada diferenciación de los estratos económicos, viéndonos en la necesidad de hacer, incluso, la aclaración de que la globalización no garantiza de ninguna manera la seguridad alimentaria en todas las regiones del mundo.

De la mano de los cambios que la globalización supone en la conducta alimentaria, también han cambiado los patrones patológicos y las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron destronadas por las enfermedades no transmisibles como las principales causas de muerte en la población mundial. Dentro de estas últimas, la obesidad ocupa un lugar especial al mantener una estrecha relación con la alimentación (López-Espinoza et al., 2018).

Se ha documentado que la incidencia de sobrepeso y obesidad están asociadas con la presencia de atracones, conducta vista en algunos Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA), en concreto: Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (TPA). Es en este último que la conducta de atracón tiene un papel central, y puede ser definido de la siguiente manera: comer, en un periodo discreto de tiempo, una cantidad de comida que es significativamente mayor al que la mayoría de las personas comerían en un periodo de tiempo similar y bajo circunstancias similares. Este consumo excesivo de comida se acompaña de la sensación de pérdida de control y debe ocurrir al menos una vez a la semana en un periodo de al menos 3 meses.

Es importante destacar que el TPA se posiciona como el TAIA más prevalente en la región de Estados Unidos y América Latina, tanto en poblaciones femeninas como

masculinas, con tasas que se estiman entre el 0.85% y 3.53% (Kolar, et al., 2016; Udo y Grilo, 2018). Además, se ha observado que el TAI en cuestión se encuentra íntimamente relacionado con el desarrollo de enfermedades tales como hipertensión, dislipidemia y diabetes (Olguin et al., 2017; Agüera et al., 2018). Su prevalencia y su papel de posible predictor en las enfermedades reportadas como las principales causas de mortalidad de los últimos años lo vuelven un importante problema de salud en México.

Debe tomarse también en consideración el hecho de que el TPA permanece poco reconocido y es poco tratado. Debido a que solo a una tercera parte de los pacientes con este trastorno se les ha preguntado acerca de problemas con la alimentación por parte de profesionales de la salud y menos del 10% de quienes lo padecen han recibido tratamiento (Guerdjikova et al., 2019), resulta menester el desarrollo y uso de instrumentos válidos y confiables que permitan detectar la presencia de TPA y sus conductas características entre la población comunitaria.

Entre las herramientas destinadas a la tarea de medir la ocurrencia de conductas asociadas a TPA, destaca el Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso – Revisado (QEWP-R, por sus siglas en inglés), un instrumento de auto-reporte compuesto por 25 reactivos que evalúan la sobreingesta, la pérdida de control, el estrés relacionado con la conducta alimentaria, importancia del peso y la figura, así como la presencia de conductas compensatorias. El QEWP-R destaca por ser uno de los instrumentos más ampliamente usados, por haber sido desarrollado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV y por reportar adecuados valores de confiabilidad y validez.

Por lo anterior, en la presente investigación se realizó una actualización de dicho instrumento siguiendo los criterios propuestos en el DSM-5 y se planteó como objetivo evaluar la validez convergente del QEWP-R con el Cuestionario de Atracón (BES), así como estimar la validez de criterio predictiva con un grupo clínico.

Se expone a continuación una revisión de los antecedentes teóricos del Trastorno por Atracón, en concreto: se presenta la definición de “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”, datos sobre su epidemiología y los factores de riesgo más comúnmente incluidos en los modelos etiológicos. Se revisan, además, los criterios diagnósticos del Trastorno por Atracón, datos específicos de su prevalencia y las comorbilidades más frecuentemente asociadas a él. Posteriormente, se tratan conceptos propios de psicometría: confiabilidad y validez, ya que ambos serán fundamentales para la evaluación de instrumentos de evaluación de TPA. Al respecto de estos últimos, se exponen los más comúnmente usados, y se describen aquellos que resultan de especial interés para este trabajo.

1. Antecedentes teóricos.

1.1. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

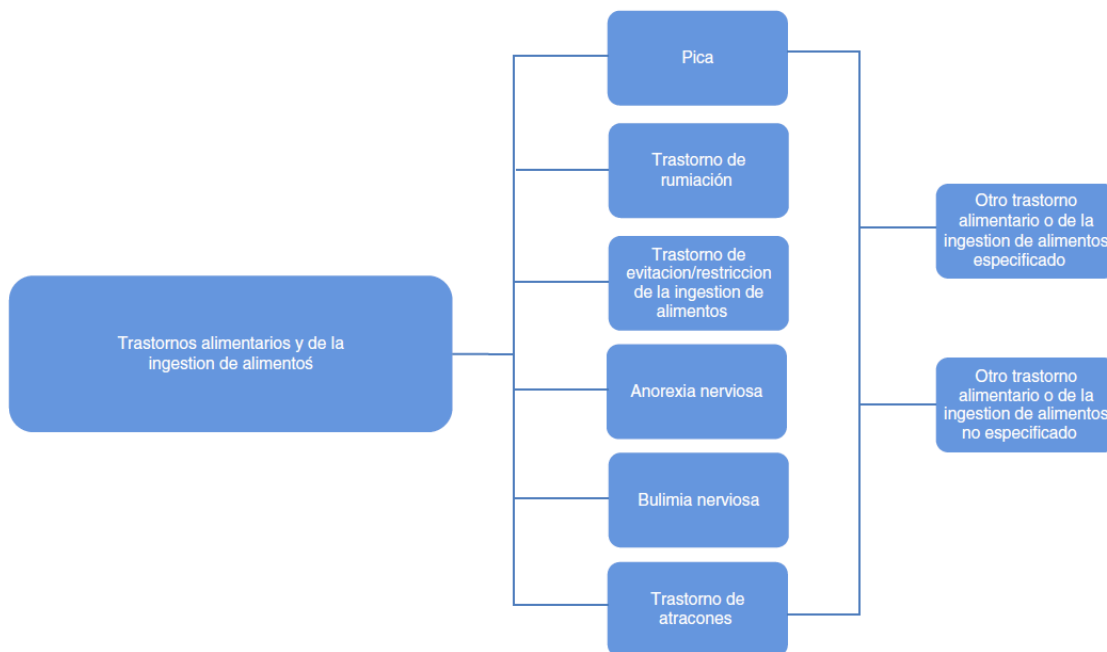
Dentro de la amplia variedad de las llamadas patologías y enfermedades que se incluyen en el DSM-5 se encuentran los Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de Alimentos (TAIA), los cuales son comúnmente resumidos a Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN). Los TAIA son definidos como:

Una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo en la salud física o del funcionamiento psicosocial. (APA, 2014, p. 329)

Además de los dos trastornos antes mencionados, dentro de esta categoría también se encuentran: Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos y, de especial interés en este trabajo de investigación, Trastorno Por Atracón (TPA). Es importante mencionar que además se añaden dos categorías adicionales: a) Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y b) Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado. La primera hace referencia a presentaciones en las que predominan conductas características de un TAIA que causan malestar clínicamente significativo, pero que no llega a cumplir todos los criterios de alguno de los trastornos mencionados con anterioridad. En la segunda se integran síntomas característicos de un TAIA que causan malestar clínicamente significativo pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Figura 1

Esquema sobre los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al DSM-5.



Nota: De “Eating disorders diagnostic: from the DSM.IV to DSM 5”, por R. Vázquez, X. López, M. Ocampo y J. Mancilla-Díaz, 2015, Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Vol.6(2), p.110.

1.2. Epidemiología de los TAIA

Esta clase de padecimientos se presentan con mayor frecuencia en poblaciones adolescentes y de adultos jóvenes del sexo femenino, aunque diversos estudios demuestran que su prevalencia ha aumentado a partir de la segunda mitad del siglo pasado, cambiando no sólo en lo que respecta a la cantidad de casos, sino también en el perfil de la población que los presenta. Actualmente, personas del sexo masculino, de diversos niveles socioeconómicos y edades aún más jóvenes son susceptibles a desarrollarlos (Gaete, 2012).

En una revisión sistemática llevada a cabo por Galmiche et al. (2019) se estimó la prevalencia de TAIA en el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2018.

Las medias ponderadas de prevalencia vitalicia, es decir, que se ha presentado al menos una vez a lo largo de la vida, de AN fueron de 1.4% para mujeres y de 0.2% para varones; por su parte, la prevalencia de BN fue de 1.9% para mujeres y de 0.6% en hombres, mientras que la prevalencia de TPA fue de 2.8% y 1.0%. Entre los estudios que estimaron prevalencia en los últimos doce meses, las medias ponderadas fueron las siguientes:

- AN (mujeres: 0.05%, hombres: 0.01%).
- BN (mujeres: 0.7%, hombres: 0.4%).
- TPA (mujeres: 1.4%, hombres: 0.6%).

Algunas investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos reportan tasas de prevalencia vitalicia en una muestra comunitaria de adolescentes del 0.3%, 0.9% y 1.6% para anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TPA) (Swanson et al., 2011). Mientras que, en muestras adultas, se reporta la misma clase de prevalencia, pero con tasas equivalentes al 0.80%, 0.28% y 0.85% para AN, BN y TPA (Udo y Grilo, 2018).

Considerando la proximidad geográfica de Estados Unidos con el resto de Latinoamérica, algunos investigadores han comenzado a contemplar la occidentalización como un factor importante en el incremento de las tasas de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en países en vías de desarrollo. Como un primer paso para comprender dichos trastornos en América Latina, Kolar, et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y un meta-análisis de 15 artículos provenientes de esta región, a partir del cual estimaron prevalencias medias de 0.1% para AN, 1.16% para BN y de 3.53% para TPA, concluyendo así, que existe una menor tasa de prevalencia de AN, pero una mayor tasa de BN y TPA en contraste con las reportadas en Europa occidental y Estados Unidos.

Particularmente en México, a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Gutiérrez, J., et. al., 2012), se ha reportado que la población adolescente en

riesgo de padecer algún TCA es de 1.3%. En dicho estudio participaron un total 21 519 jóvenes de 10 a 19 años, contestando un cuestionario de ocho preguntas para evaluar conductas de riesgo. En contraste con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Olaiz, et. al., 2006), un mayor porcentaje de los adolescentes mexicanos refiere realizar conductas de riesgo, tales como preocuparse por engordar (19.7%) en el caso de las mujeres y realizar ejercicio para perder de peso (12.7%) en el caso de los hombres. Los datos epidemiológicos provenientes de un estudio conformado por dos muestras de mujeres estudiantes mexicanas señalan que la prevalencia de TAIAs se encuentra entre 0.49% y 1.15%, correspondiendo del 0.14% al 0.24% a BN y del 0.35% al 0.91% a trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Mancilla-Díaz et al., 2007).

1.3. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es una característica, evento o experiencia que, de presentarse, se asocia con un incremento en la probabilidad (riesgo) de un resultado particular sobre el promedio del resultado en la población general (no expuesta), donde el término *resultado* se refiere a un evento o característica que se quiere prevenir o promover. Los factores de riesgo pueden derivarse de diferentes esferas (v.g. biológica, psicológica, social) y de diferentes niveles dentro de un mismo dominio (v.g. genético, bioquímico; procesos cognitivos, personalidad). Es entendible que en la investigación en salud se utilice, principalmente, el término “factor de riesgo” para referirse a condiciones antecedentes asociadas al incremento en la probabilidad de consecuencias adversas e indeseables, aún cuando en términos de salud física y psicológica se tenga también un genuino interés en las condiciones que favorezcan resultados positivos (Kazdin et al., 1997).

Autores como Kraemer et al. (1997) proponen la siguiente tipología para clasificar los supuestos factores de riesgo. Si puede ser demostrada la relación entre un supuesto factor de riesgo y el resultado, el factor pasa a ser llamado *correlato*.

Únicamente cuando se puede demostrar que un correlato es previo al resultado, el término *factor de riesgo* está justificado. Un factor de riesgo que tiene la característica de poder ser cambiado, bien por parte del propio sujeto (v.g. edad, peso) o debido a una intervención (v.g. medicación, psicoterapia) recibe el nombre de *factor variable de riesgo*, mientras que un factor de riesgo que no puede modificarse (v.g. género, año de nacimiento) será llamado *marcador fijo*. Un factor variable de riesgo que muestre que la manipulación cambia el riesgo del resultado es llamado *factor causante de riesgo*, si no puede mostrarse lo anterior, es llamado un *marcador variable*. Es absolutamente indispensable el carácter antecedente en cualquier factor que pretenda ser considerado como un factor de riesgo, puesto que, de no ser así, cualquier característica medida concomitantemente o posterior al resultado, posiblemente sea una consecuencia del resultado (síntoma o marca).

La anterior tipología de factores de riesgo retrata el estado actual de la investigación en este tema puesto que propone una mayor rigurosidad conceptual y científica, estableciendo un estándar de calidad en la investigación, además de que ha servido como una guía para revisiones de la literatura que dejan de lado la vasta, preliminar, aunque todavía importante cantidad de estudios que se dedican únicamente a demostrar la asociación estadística entre un potencial factor y los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, con la finalidad de enfocarse en investigaciones que comprenden estudios genéticos y estudios con diseños prospectivos y experimentales.

Entre los factores de riesgo identificados a través de esta clase de estudios, el género ha resultado ser uno de los hallazgos más consistentes. Se ha mostrado que la prevalencia de mujeres con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos es significativamente mayor que la prevalencia entre varones, tanto en muestras clínicas como en muestras comunitarias. Se estima que, en el caso de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, por cada diez mujeres con trastorno, solo un hombre lo presenta; en lo que respecta al Trastorno por Atracón, las diferencias son menos pronunciadas, pues se estima que el índice es de 2.5 mujeres a 1 varón.

También con una importante consistencia se ha documentado que la edad juega un papel importante, pues la adolescencia representa un periodo de gran vulnerabilidad, en tanto que AN y BN aparecen y ocurren en esta edad. De nueva cuenta, el TPA parece no seguir dicho patrón dado el hecho de que su aparición se ha reportado una vez iniciada la adultez. Otros de los factores más comúnmente citados en los modelos etiológicos son la práctica de dietas, la preocupación por el peso y una imagen corporal negativa, y es que, a pesar de que las relaciones entre dichas variables y los distintos TAIA son más intrincadas, tomadas en conjunto, son un potente y bien documentado predictor en investigaciones longitudinales. Similar es el caso de factores como alteraciones psiquiátricas, emociones negativas, abuso sexual, baja interocepción, baja autoestima, el índice de masa corporal y otras variables relacionadas con el peso, historial de psicopatología familiar, experimentar eventos estresantes a lo largo de la vida y la práctica de actividades que enfatizan el bajo peso, pues se ha demostrado que son precedentes a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, pero aún es necesario esclarecer su potencia como predictores (Jacobi et al., 2004; Shiltz, citado en Unikel et al., 2017; Striegel-Moore y Bulik, 2007).

1.4. Trastorno Por Atracón (TPA)

Es de especial relevancia para esta investigación la reciente incorporación del trastorno de atracones o trastorno por atracón (TPA) como una categoría independiente en el DSM-5, y se fundamenta en el hecho de que se pone al mismo nivel que la AN y BN, dejando atrás la categoría de trastorno no especificado y con criterios diagnósticos en estudio, además de ser uno de los TAIA que reportan mayor prevalencia. Los cambios observados en los criterios diagnósticos desde la publicación del DSM-IV-R al DSM-5 son pocos, a saber, disminuyen la frecuencia del atracón alimentario y el periodo de tiempo que dicha conducta ha estado presente (criterio D), según lo cual, el atracón debería ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. Además, se agregan especificaciones de remisión y

gravedad, fundamentada en la frecuencia de los episodios de atracón (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015).

La característica esencial del Trastorno por Atracón es la ocurrencia de atracones. Un episodio de atracón se define como “comer, en un periodo discreto de tiempo, una cantidad de comida que es definitivamente mayor al que la mayoría de las personas comerían en un periodo de tiempo similar y bajo circunstancias similares. La ocurrencia de consumo excesivo de comida debe estar acompañado de la sensación de pérdida de control y debe ocurrir al menos una vez a la semana en un periodo de al menos tres meses.

Existe evidencia que muestra que el trastorno por atracón presenta un perfil demográfico específico (más probabilidad de ocurrencia en hombres, de mayor edad, e inicio más tardío), y que, al contrario de la obesidad, evidencia una mayor preocupación por la figura y el peso, más alteraciones de la personalidad, mayor comorbilidad con trastornos de estado de ánimo y de la ansiedad. Además de diferenciarse del resto de los TAlA por tener una menor estabilidad diagnóstica, una probabilidad más alta de remisión, de comorbilidad médica, pero también una mejor respuesta a terapias especializadas (Gaete, 2012).

Los criterios diagnósticos del trastorno por atracón como una entidad nosológica independiente, tal y como se muestran en el DSM-5 son los siguientes:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

La gravedad actual de este trastorno se puede clasificar de la siguiente manera:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

1.5. Prevalencia de TPA

Revisiones sistemáticas guiadas por los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5 han reportado tasas de prevalencia en muestras comunitarias con rangos del 1.5% al 6.8%, mostrando una mayor prevalencia en mujeres; por su parte, la prevalencia en muestras clínicas (5.9%) es superior en hombres y mujeres por igual (Velázquez, Vázquez y Mancilla, 2018). Del mismo modo, se reportan tasas de prevalencia puntual que oscilan del 0.6% al 3.6% en poblaciones femeninas y mixtas, respectivamente. Tasas de prevalencia vitalicia en muestras compuestas exclusivamente por mujeres van del 3% al 3.6%, mientras que en muestras masculinas su valor es de 2.1% (Lindvall, Wisting y Ro, 2017).

Por otra parte, en un estudio realizado a través de 14 países por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una muestra total de 24,124 participantes, se estimó la prevalencia vitalicia y de los doce meses previos al momento del estudio para BN (1.0% y 0.4%) y TPA (1.9% y 0.8%). Es importante recalcar el hecho de que ambos tipos de prevalencias fueron más altas para TPA

que para BN en todos los países. En el caso particular de México, estimaciones provenientes de este estudio fueron de 1.6 en el caso de la prevalencia vitalicia y de 0.5 de prevalencia en los últimos doce meses (Kessler, et. al., 2013).

En otro estudio realizado en el país se entrevistó a 3005 adolescentes de entre 12 y 17 años en el que, por medio de un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, se logró estimar prevalencias vitalicias y de los últimos 12 meses con valores de 1.4% y 0.7% respectivamente; mismas que, cabe resaltar, fueron significativamente mayores en mujeres que en hombres (Benjet, Méndez, Borges y Medina, 2012).

Los dos artículos anteriormente descritos, ilustran el panorama más completo de TPA en nuestro país pues, a diferencia de la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en México, se llevaron a cabo sirviéndose de muestras probabilísticas y representativas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que son estudios representativos únicamente de las zonas metropolitanas del país, lo cual implica que la magnitud del problema que representan los TAIA en el grueso de la población mexicana es aún parcialmente desconocido (Unikel y Bojorquez, 2007).

1.6. Comorbilidad del TPA

Debido a las complicaciones asociadas a otros TAIA, y por las complicaciones médicas comúnmente vistas en individuos con obesidad, existe un genuino interés en examinar la posible influencia del TPA en la aparición de varias enfermedades. De manera general, la literatura al respecto sugiere que las personas con el trastorno en cuestión muestran un mayor riesgo de desarrollar obesidad, a la vez que enfermedades asociadas a ésta, tales como hipertensión, dislipidemia y diabetes. Además, el trastorno por atracón se ha visto asociado con dolor muscular crónico, trastornos del sueño, asma, síntomas gastrointestinales, así como

problemas menstruales, síndrome de ovario poliquístico y complicaciones durante el embarazo para el caso específico de mujeres con TPA (Olguin et al., 2017; Agüera et al., 2018).

En lo que respecta a la relación entre Trastorno por Atracón y obesidad, existe evidencia de que las personas con dicho trastorno poseen un IMC significativamente mayor al de personas sin historial de trastornos alimentarios (Kessler et al., 2013). Relaciones similares han sido documentadas en estudios de corte longitudinal. Por ejemplo, en un estudio prospectivo compuesto por adolescentes de entre 9 y 15 años, Sonnevile et al. (2013) encontraron que la incidencia de sobrepeso u obesidad se asocia con la presencia de la conducta de atracón, entendida como episodios discretos de sobreingesta acompañados de la sensación de pérdida de control, más que con la sobreingesta en sí misma. De manera similar, Fairburn et al. (2000) describieron cómo un grupo de mujeres que habían sido diagnosticadas con TPA, después de un periodo de 5 años, tuvieron no solo un incremento de peso significativamente superior en comparación a un grupo de mujeres diagnosticadas con BN, sino que también una proporción significativamente mayor de participantes del primer grupo mostró una tendencia a desarrollar un IMC igual o superior a 30.

En adición a lo anterior, la literatura especializada sugiere que el TPA, de manera independiente, podría incrementar la probabilidad de desarrollar componentes de síndrome metabólico (Mitchell et al., 2016). Este último es un conjunto de fenotipos clínicos comúnmente ocurrentes que, ya sea individual o colectivamente, están íntimamente relacionados con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus. Se caracteriza por una alteración del metabolismo de carbohidratos e insulina, y se define clínicamente por un umbral de valores aplicado a índices de obesidad central, disglucemia, dislipidemia, y/o presión sanguínea elevada, los cuales deben estar presentes concurrentemente en cualquiera de las combinaciones posibles (Feldman y Hegele, 2007). Comparados con controles obesos sin TPA, la adiposidad central, niveles elevados de insulina en ayunas, resistencia a la insulina a la par de altos niveles de azúcar en la sangre e

hipertensión ocurren con más frecuencia en poblaciones con TPA (Wassenaar, Friedman y Mehler, 2019).

Un estudio llevado a cabo por Hudson et al. (2010) pone en evidencia que el TPA puede incrementar el riesgo de padecer componentes del síndrome metabólico, independientemente del riesgo conferido por la obesidad misma. Mostró que entre dos grupos de adultos obesos o con sobrepeso (uno con TPA y otro sin TPA), el primero tenía mayores riesgos a recibir diagnósticos de: a) dislipidemia, b) cualquiera de los componentes del síndrome metabólico y c) al menos dos de los componentes del síndrome metabólico. Se examinó además el grado en que estas asociaciones pudiesen ser influenciadas por el IMC: particularmente si un mayor IMC pudiera asociarse con mayores índices de riesgo, y no se hallaron interacciones significativas entre TPA e IMC.

Resultados parecidos han sido encontrados en poblaciones infantiles. En un estudio realizado en niños de entre 5 y 12 años, que se encontraban en riesgo de desarrollar obesidad en la adultez, se detectó que un porcentaje mayor de los que presentaban conducta de atracón tenían síndrome metabólico aproximadamente 5 años después de la línea base, en comparación con aquellos sin atracón. La presencia de dicha conducta estuvo asociada con 5.33 mayores probabilidades de desarrollar síndrome metabólico y resultó ser un predictor de uno de sus componentes: un elevado nivel de triglicéridos (Tanofsky-Kraff et al., 2012).

Ahora, al hablar del TPA y sus comorbilidades psicológicas, diferentes estudios han encontrado que pacientes de TPA son significativamente más propensos que aquellos sin atracón a presentar trastorno bipolar; trastornos depresivos, como lo son trastorno de depresión mayor y trastornos depresivo persistente; trastornos de ansiedad, tales como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y fobias específicas; además de abuso de bebidas alcohólicas y tabaquismo (Johnson et al., 2001; Kessler et al., 2013; Reichborn-Kjennerud et al., 2004).

2. Psicometría

La meta de cualquier ciencia empírica, como es el caso de la psicología, es la creación de leyes o principios generales para explicar y predecir los fenómenos que les son pertinentes, es decir, que se pretende describir, explicar y predecir el comportamiento de las personas (Aragón, 2015). Para lograr su cometido, tal como señala Torgerson (1958, citado en Martínez, 1995), la psicología debe recoger y comparar datos para establecer correlaciones, ecuaciones, etc., que permitan fundamentar las teorías.

Para lo anterior, la medición juega un rol fundamental puesto que es lo que permite trasladar los métodos e instrumentos de la matemática a nuestra disciplina. La rama que permite aplicar dichos métodos e instrumentos a las ciencias del comportamiento es la psicometría, denominación que agrupa un conjunto de modelos formales que posibilitan la medición de variables psicológicas, centrándose en las condiciones que permiten llevar a cabo el proceso de medición en psicología y en establecer las bases para que dicho proceso se realice adecuadamente (Martínez, 1995).

Para Cliff (citado en Martínez, 1995) la psicometría tiene como objetivo desarrollar modelos para la transformación de los hechos a datos y, fundamentalmente, proporcionar métodos idóneos para la aplicación de esos modelos, con el objeto de asignar valores numéricos, generalmente a los sujetos, sobre la base de sus respuestas y/o a los estímulos presentes en una situación.

Particularmente la psicología se enfrenta a un problema al hablar de medición pues la propia disciplina estudia tanto conductas definidas operacionalmente, y por tanto observables, como otras que no se pueden medir de manera directa ni absoluta, de tal modo que lo que se mide son atributos psicológicos. Dada la imposibilidad para medir directamente ciertos fenómenos, por ejemplo ansiedad o depresión, se habla de que los atributos psicológicos se miden mediante indicadores, esto es,

instrumentos que son capaces de mostrar indirectamente una muestra del atributo que se pretende medir (Aragón, 2015).

Entre una amplia variedad de técnicas utilizadas para la medición en psicología son particularmente populares y utilizados los test. Estos constan de preguntas, tareas, estímulos, situaciones, etc., que intentan poner de relieve una muestra de las conductas del sujeto, representativa de la característica que se quiere apreciar o medir. De manera más puntual, Yela (citado en Martínez, 1995) define un test como una situación problemática, previamente dispuesta y estudiada a la que el sujeto ha de responder siguiendo ciertas instrucciones y de cuyas respuestas se estima, por comparación con las respuestas de un grupo normativo (o un criterio u objetivo), la calidad, índole o grado de algún aspecto de su personalidad.

De esta forma los test representan una herramienta fundamental en la práctica profesional de la psicología. La utilidad de los test se sustenta en tres principios básicos: 1) los profesionales deben tener una preparación pertinente, 2) las pruebas deben poseer propiedades psicométricas apropiadas y 3) el uso de ellos debe de ser el adecuado (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015).

2.1. Teoría clásica de los test

De manera recurrente se hace hincapié en la necesidad por parte de los psicólogos de asegurarse de que los instrumentos utilizados para realizar mediciones sean precisos, es decir, se pretende disminuir el grado de error en la medida de lo posible. Lo anterior partiendo de la premisa de que dichos instrumentos son, en muchas ocasiones, la base para la toma de importantes decisiones en los diferentes campos de aplicación del conocimiento psicológico.

Uno de los modelos más eficaces para estimar el grado de precisión de las mediciones es el modelo lineal clásico propuesto por Spearman, el cual consiste en

asumir que la puntuación que una persona obtiene en un test, denominada como puntuación empírica (X), está formada por dos componentes: la puntuación verdadera de esa persona en un test (V), y un error (e) que puede originarse debido a muchas circunstancias que quedan fuera del control del psicólogo. Formalmente, el modelo puede expresarse de la siguiente manera (Muñiz, 2010):

$$X=V+e$$

A la propuesta anterior, el autor agrega tres supuestos:

1. La puntuación verdadera (V) se define como la esperanza matemática de la puntuación empírica, que formalmente se escribe así: $V=E(X)$.
2. Se asume que no existe relación entre la cuantía de las puntuaciones verdaderas de las personas y el tamaño de los errores que afectan a esas puntuaciones, que se expresa formalmente de la siguiente manera: $r(V,e)=0$.
3. Se establece que los errores de medida de las personas en un test no están relacionados con los errores de medida en otro test distinto. Este supuesto se expresa se la siguiente forma: $r(e_j, e_k)=0$.

De acuerdo con el modelo lineal de la teoría clásica, se esperaría, teóricamente, que la puntuación obtenida por el sujeto fuera igual a la puntuación verdadera, con un margen de error aleatorio que tendería a ser igual a cero y que no estaría correlacionado con la puntuación obtenida en la prueba, ni con algún otro instrumento aplicado al mismo sujeto. Así, para considerar que un instrumento de evaluación psicológica es adecuado y científico, debe contar con dos requisitos de los que se hablará más adelante: confiabilidad y validez (Aragón, 2015).

2.2. Confiabilidad

La definición del término varía de autor en autor, algunas de ellas son:

- Es un continuo que abarca desde la consistencia mínima de una medición a la casi perfecta repetibilidad de los resultados (Muñiz, citado en Aragón, 2015).
- La consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite (Prieto y Delgado, 2010).

Para poder estimar el coeficiente de confiabilidad de un instrumento se emplean distintos diseños para la recolección de datos. A continuación, se revisan los más conocidos y utilizados (Prieto y Delgado, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2014):

- **Medida de estabilidad o test-retest:** este procedimiento consiste en la aplicación y reaplicación de un test a una misma población después de un cierto periodo de tiempo. Se entiende que la medida es estable con un margen de variación pequeño; si las mediciones difieren en gran proporción una con otra, entonces el instrumento no sería confiable al no haber consistencia entre las mediciones. El índice de confiabilidad se calcula por medio del coeficiente r de Pearson (cuyos valores oscilan entre 0 y 1), por lo que, mientras más se acerque el coeficiente a 1, mayor será la confiabilidad del instrumento (Aragón, 2015).
- **Método de formas paralelas:** en este sistema se muestran dos versiones equivalentes de un mismo instrumento en cuanto a contenido, instrucciones, duración, etc., que se administra a una misma muestra simultáneamente o dentro de un periodo corto de tiempo.
- **Método de mitades partidas:** dicho procedimiento necesita sólo de una aplicación en la que el conjunto total de ítems o reactivos se divide en dos partes homólogas y se comparan las puntuaciones de ambas.

- **Consistencia de las puntuaciones de distintos calificadores:** es la evaluación de una muestra de conducta por calificadores independientes.
- **Medidas de coherencia o consistencia interna:** Este procedimiento requiere de una sola aplicación de un instrumento de medición y se calculan coeficientes que estiman la confiabilidad, a saber, *alfa de Cronbach*, y los coeficientes *KR-20* y *KR-21*; siendo el primero el que comúnmente se usa. El Alfa de Cronbach se considera como la media de todas las correlaciones que pudieran obtenerse al dividir la prueba en todas las mitades posibles (Aragón, 2015).

2.3. Validez

En un sentido general, se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que se pretende medir, sin embargo, es necesario aclarar que su estudio concierne al grado de adecuación, significación y utilidad de las inferencias específicas que los resultados a una prueba son capaces de proporcionar (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Aragón, 2015).

Martínez (1996) menciona que es necesario considerar que el objeto de la validación no es un instrumento per se, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de un procedimiento específico, las inferencias que podemos deducir de la ejecución de un sujeto en una prueba, es decir, si la conducta mostrada en la situación de aplicación de la prueba es o no un reflejo de la conducta habitual del sujeto en condiciones naturales.

A propósito de los distintos procedimientos para obtener evidencia de la validez de un instrumento de medición, existen tres: *de contenido*, *de criterio* y *de constructo* (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En breve se profundizará en cada una de ellas.

- **Validez de contenido:** se refiere al grado en que un instrumento describe y refleja un dominio específico de las conductas de interés. El dominio de contenido de una variable está definido o establecido por la literatura, tal como la teoría y trabajos antecedentes correspondientes. Si este dominio representa, por medio de reactivos, que en efecto son una muestra representativa de un conjunto de conocimientos específico y aseguran un muestreo cuidadoso de un dominio de contenido relevante, se dice que un instrumento es válido (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Aragón, 2015).
- **Validez de criterio:** se establece al comparar los resultados del instrumento de medición que está a prueba con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. En otras palabras, la evaluación de la utilidad de la prueba suele cuantificarse mediante la correlación entre sus puntuaciones y las de alguna medida del criterio, de modo tal que cuando mayor correlación exista entre los dos resultados, la validez será mayor. Distintos tipos de evidencia relacionada al criterio han sido definidos en términos del momento en el que una prueba se compara con el criterio, a saber, si el criterio se fija de manera paralela, se habla de validez *concurrente*, si el criterio se fija en un momento futuro, se trata de validez *predictiva*. De manera similar, cuando se espera que la asociación entre pruebas que miden el mismo constructo sea alta, se habla de validez *convergente*, mientras que al esperar una baja o nula asociación entre test que miden constructos diferentes, se habla de *validez discriminante* (Prieto y Delgado, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2014).
- **Validez de constructo:** se refiere a qué tan bien un instrumento representa o mide un concepto teórico y requiere de la acumulación gradual de información de diferentes fuentes. A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo opera para medirlo. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que

poseen las puntuaciones del instrumento (Aragón, 2015; Messick, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3. Instrumentos para la evaluación de TPA

La relativamente nueva incorporación del TPA en el DSM-5 (APA, 2013) y la atención puesta en su investigación a lo largo de los últimos años vuelven, por lo tanto, menester el desarrollo, la evaluación y refinamiento de instrumentos de evaluación válidos para la medición de dicho trastorno.

A la fecha, se cuenta con una gran variedad de herramientas destinadas a la tarea de medir la ocurrencia de conductas alimentarias desadaptativas. Entre las más ampliamente usadas pueden encontrarse tanto entrevistas semi-estructuradas, como instrumentos de auto-reporte. De la mano de las entrevistas, las más usadas son las siguientes:

- Eating Disorder Examination (EDE; Cooper y Fairburn, 1987).
- Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED-IV; Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998).

Dicho sea de paso, la EDE y la IDED-IV son consideradas por varios autores como el “estándar dorado” para la medición de TPA. Sin embargo, existe el acuerdo general de que las entrevistas implican un trabajo más arduo, debido a que se requiere de un mayor entrenamiento y capacitación de los profesionales para poder ser aplicadas debidamente y a que debe disponerse de periodos de tiempo más prolongados para ser llevadas a cabo, además de la imposibilidad de su aplicación al total de la población (Vander Wal, Stein y Blashill, 2011).

Por su parte, los instrumentos de auto-reporte gozan de una serie de ventajas, no solo sobre el trabajo que implica realizar una entrevista, sino por las propias características de estas herramientas. Sus principales ventajas devienen de su utilidad práctica, por ejemplo: son una fuente de información razonablemente fiable que permite explorar una amplia variedad de conductas (muchas de ellas inaccesibles a la observación directa) en un breve periodo de tiempo y que es capaz

de correlacionar con otro tipo de medidas. Además, su formato, aunado a los servicios de comunicación remota con los que disponemos actualmente, hace posible que sean aplicados en muestras de gran tamaño, sin la necesidad de usar equipos o softwares específicos. Cabe señalar también que al usar estos instrumentos, quienes los contestan pueden encontrarse más dispuestos a ser sinceros al responder preguntas referentes a temas sensibles, personales y de mayor carga emotiva (del Valle y Zamora, 2021).

Varios instrumentos de auto-reporte actualmente disponibles han sido usados para medir la sintomatología de TPA, incluyendo los siguientes entre los más comúnmente usados:

- Cuestionario de Trastorno por Atracón (BES por sus siglas en inglés; Gormally, Black, Datson y Rardin, 1982).
- Escala Diagnóstica de Trastornos Alimentarios (EDDS por sus siglas en inglés; Stice, Telch y Rizvi, 2000).
- Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994).
- Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso – Revisado (QEWP-R por sus siglas en inglés; Spitzer, Yanovski y Marcus, 1993).

De los cuatro instrumentos antes mencionados, destacan el Cuestionario de Trastorno por Atracón y el Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado porque, a diferencia de los dos restantes, se encuentran específicamente diseñados para la evaluación TPA.

3.1. Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso (QEWP-R)

El Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised (QEWP-R) es un instrumento de auto-reporte compuesto por 25 reactivos que pretende evaluar el atracón y conductas destinadas a controlar el peso. Incluye preguntas relacionadas

con la sobreingesta, la pérdida de control, estrés relacionado con la conducta alimentaria, importancia del peso y la figura, así como conductas compensatorias. Su calificación permite estimar si un individuo presenta sintomatología de Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa en sus subtipos purgativo y no purgativo, según los incisos que responda en determinadas preguntas del instrumento.

Tabla 1

Criterios propuestos en el QEWP-R para evaluar la sintomatología de Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa.

No. de pregunta	Respuestas
Criterios para sintomatología de TPA	
1 y 2	Seleccionar inciso “a”
3	Seleccionar incisos “c”, “d” o “e”
4	Contestar con un sí a 3 o más incisos
5 y 6	Seleccionar incisos “c” y “d”
Criterios para sintomatología de BN purgativa	
1 y 2	Seleccionar inciso “a”
3	Seleccionar incisos “c”, “d” o “e”
7	Seleccionar incisos “c” o “d”
8 y 9	Seleccionar el inciso “a” y realizar estas conductas por lo menos dos o tres veces por semana.
Criterios para sintomatología de BN no purgativa	
1 y 2	Seleccionar inciso “a”
3	Seleccionar incisos “c”, “d” o “e”
7	Seleccionar inciso “c” o “d”
10, 11 y 12	Seleccionar el inciso “a” y realizar estas conductas por lo menos dos o tres veces por semana.

Desarrollado originalmente en Estados Unidos, el instrumento ha tenido tal impacto y utilidad que diversos investigadores en diferentes países se han dado a la tarea de realizar traducciones y validaciones del mismo.

A continuación, se presenta una tabla (ver tabla 2) con las propuestas de investigación llevadas a cabo en México, Brasil e Italia. Es de importancia señalar que, debido a las características del instrumento en cuestión, todas las validaciones fueron realizadas con respecto a un criterio, en la mayoría de las ocasiones se utilizaron diferentes entrevistas semi-estructuradas y un cuestionario de auto-informe, obteniendo valores de sensibilidad entre 0.49 y 0.83, mientras que la especificidad se estima entre un 0.63 y .93.

Tabla 2

Resumen de validaciones del QEWP en distintos países.

Autores, año y país	Muestra	Resultados
López, Mancilla, Vázquez, Álvarez y Franco (2011). México	448 mujeres con un rango de edad de 20 a 55 años	<p>Validez de criterio discriminante entre la IDED y el QEWP-R ($\kappa=.60$, $p\leq.0001$). Sensibilidad = 83.3% Especificidad = 72.5%</p> <p>Validez de criterio convergente entre indicadores del QEWP y el BULIT: Atracón y sobreingesta (ETA=.54), Sentimientos negativos (ETA=.64 y .65), y conductas compensatorias (ETA= .53 y .41).</p> <p>Validez de criterio predictiva entre IMC y QEWP-R (ETA=.86).</p>
Borges, Morgan, Claudino y Silveira (2005). Brasil	89 mujeres con sobrepeso en busca de tratamiento para pérdida de peso o conducta de atracón	<p>Comparación entre QEWP y SCID-IP para diagnóstico de TPA Sensibilidad: 0.55 Especificidad: 0.80</p> <p>Comparación entre QEWP y SCID-IP en su habilidad para</p>

		discriminar conducta de atracón. Sensibilidad: 0.88 Especificidad: 0.63
Calugi, Pace, Muzi, Fasoli, Travagnin y Grave (2019) Italia	604 mujeres (N=394) y hombres (N=210) con obesidad en busca de tratamiento	Comparación entre QEWP y EDE para diagnóstico de TPA ($\kappa=.35$, $p\leq 0.005$). Sensibilidad: 0.49 Especificidad: 0.93
		Comparación entre QEWP y EDE para discriminar episodios objetivos de atracón. Sensibilidad: 0.69 Especificidad: 0.79

3.2. Cuestionario de Atracón (BES)

Por su parte, el Binge Eating Escala (BES), también desarrollado en los Estados Unidos, está compuesto por 16 reactivos en escala Likert con cuatro opciones de respuesta (0 a 3) y ha sido usado como medida de severidad del atracón. La mitad de los ítems tienen como objetivo describir las manifestaciones conductuales de este, mientras que el resto se encarga de los sentimientos y cogniciones asociadas al mismo.

A diferencia del QEWP-R, el BES ha sido traducido y validado en una mayor cantidad de países, tales como: Portugal, México, Francia, Líbano y Malasia. Además, gracias a las características particulares del instrumento, en cada uno de los estudios, ha sido posible llevar a cabo un análisis factorial, del cual es relevante apuntar el hecho de que en tres de ellos se han propuesto estructuras de dos factores, similitud directa con el instrumento original; mientras que en los dos restantes, se proponen estructuras de un solo factor (ver tabla 3).

Tabla 3*Resumen de validaciones del BES en diferentes países.*

Autores, año y país	Muestra	Resultados
Duarte, Pinto y Ferreira (2015) Portugal	1008 mujeres estudiantes universitarias (N=553) y población general (N=455) de 18 a 60 años	Análisis factorial exploratorio que propone una estructura de factor único, con un punto de corte ≤ 17 , obteniendo una especificidad de 96.7% y una sensibilidad de 81.8% $\alpha = .88$
Zúñiga y Robles (2006) México	100 mujeres y hombres asistentes de grupos de comedores compulsivos.	Análisis factorial de componentes principales propone una estructura de dos factores: 1) Sentimientos/cogniciones $\alpha = .88$ 2) Conductas $\alpha = .87$ Varianza total explicada: 56.25%
Brunault, et al. (2016) Francia	63 pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica y 553 participantes de muestra comunitaria.	Se propone una estructura de factor único. <ul style="list-style-type: none"> • Población comunitaria: Varianza = 61% $\alpha = .93$ • Población clínica: Varianza = 46% $\alpha = .88$ Comparación entre SCID y BES para diagnóstico de TPA. Sensibilidad = 75% Especificidad = 88.4%

Zeidann, et al. (2019) Líbano	811 habitantes de Líbano mayores de 18 años (N=406 para AFE y N= 405 para AFC)	Estructura factorial con los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> • Manifestación conductual Varianza = 34.59% $\alpha = .82$ • Sentimientos/cogniciones Varianza = 6.81% $\alpha = .68$ Varianza total explicada: 41.40% $\alpha = .86$
Robert, et al. (2013) Malasia	150 pacientes, pasantes y trabajadores de un hospital.	Estructura factorial de dos factores: <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos/cogniciones Varianza = 39.06% • Manifestación conductual Varianza = 8.15% $\alpha = 0.89$ Validez concurrente entre SCID- I/P: Sensibilidad = 84.6 Especificidad = 94.9

4. Objetivos

Objetivo general:

- Evaluar la validez convergente del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado (QEWP-R) con el Cuestionario de Trastorno por Atracón (BES), así como estimar su validez predictiva con un grupo clínico.

Objetivos particulares:

- Evaluar confiabilidad del QEWP-R a través de la estimación de la consistencia interna, mediante un α de Cronbach.
- Evaluar la confiabilidad del QEWP-R por medio de su medida de estabilidad en el tiempo.
- Estimar la validez convergente del QEWP-R con el BES mediante el índice de correlación ETA.
- Estimar la validez predictiva del QEWP-R por medio de sus valores de sensibilidad y especificidad con un grupo clínico.

5. Método

5.1. Diseño

El estudio actual se basa en un diseño transversal, no experimental, en función de que no se modificará de modo intencional ninguna variable.

5.2. Participantes

Participaron 465 personas, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Durante el desarrollo de la investigación el total de los participantes fue dividido en dos grupos que correspondían a la modalidad en la que contestaron a los instrumentos: Presencial y vía Internet. Posteriormente, un grupo clínico fue conformado por aquellos participantes que fueron identificados como casos de TPA mediante la entrevista diagnóstica.

1er grupo: Modalidad presencial

Participaron 305 estudiantes de entre 17 y 30 años de edad ($X=21.24$, $DE=2.11$), de los cuales el 65.2% eran mujeres y el 34.8% varones, todos procedentes de instituciones públicas de educación superior de la Ciudad de México y área metropolitana.

Tabla 4

Distribución del grupo "Modalidad presencial" de acuerdo con la institución de procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
FESI	n=123	40.3
UAEH	n=172	56.4
F. Ingeniería	n=10	3.3
Total	N=305	100

2º grupo: Modalidad online

Estuvo conformado por 160 participantes, con edades situadas entre los 15 y 57 años ($X=27.54$, $DE=9.6$) y se distribuyen con respecto al sexo como ilustra la tabla 5.

Tabla 5

Distribución del grupo "Vía Internet" en función del sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	126	78.8%
Masculino	34	21.2%

Grupo clínico

Estuvo conformado por 20 personas con diagnóstico de TPA, provenientes de los grupos anteriores. Las edades de este grupo se encontraban en un rango de 18 a 55 años ($X=31.40$; $DE=12.04$) y se distribuyeron con forme al sexo como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6

Distribución del grupo clínico conforme al sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	14	70%
Masculino	6	30%

5.3. Instrumentos

- Questionnaire on the Eating and Weight Patterns - Revised (QEWPR), Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado (Spitzer,

Yanovski y Marcus, 1993): es un instrumento compuesto por 25 reactivos, desarrollado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno por atracón y Bulimia Nerviosa. Las propiedades psicométricas de dicho cuestionario reportan valores de consistencia interna (α) de 0.75 en muestra que acuden a programas de reducción de peso y de 0.79 en muestra comunitaria, así como una correlación ítem-total con valores que van de 0.50 a 0.66 en muestra que acude a clínicas de reducción de peso y de 0.55 a 0.77 en muestras comunitarias (Spitzer, Yanovsky y Marcus, citado en López, et al., 2011).

Además se ha identificado que el QEWP-R presenta una adecuada confiabilidad test-retest en un intervalo de tres semanas (Coeficiente K entre 0.57 y 0.58), así como una validez de criterio de tipo concurrente entre la Entrevista Clínica Estructurada y el QEWP-R (Coeficiente K=0.60), y entre la Entrevista Examen de Trastornos Alimentarios y el QEWP (Spitzer, et al., 1993, citado en López, et al., 2011).

Dicho instrumento fue validado por López, Mancilla, Vázquez, Álvarez y Franco (2011) en una muestra de jóvenes mexicanos, mediante la evaluación de la validez de tipo discriminante y convergente. Con motivo de calcular la primera, se correlacionó con el índice Kappa los casos diagnosticados con atracón y sin atracón mediante la entrevista IDED y el QEWP-R, obteniendo un coeficiente positivo y alto ($K=0.60$; $p \leq .0001$). El procedimiento para evaluar la validez convergente, se llevó a cabo una correlación ETA entre algunos indicadores del QEWP-R y los tres factores de la validación mexicana del BULIT; preguntas como la 5 y 6 del QEWP-R se asociaron con el factor “sentimientos negativos posteriores al atracón” del BULIT, mientras que las preguntas 8 y 9 del QEWP-R se asociaron con el factor “conductas compensatorias” del BULIT.

La anterior validación fue utilizada en la presente investigación, sin embargo, se realizaron una serie de modificaciones a dicho instrumento, a saber: aquellos reactivos en los que se especifica el periodo de tiempo en que la conducta de atracón ha estado presente fueron actualizados siguiendo los criterios establecidos en el DSM-5, reduciéndolos de 6 meses a 3 meses. Además de retirar aquellas instrucciones en las que se solicita saltar preguntas en el caso de haber respondido “No” en una pregunta previa, esto con motivo de evitar confusiones para quienes respondan el instrumento.

- Binge Eating Scale (BES), Cuestionario de Trastorno por Atracón: desarrollado por Gormally, Black, Daston y Rardin (1982), es un instrumento de autoreporte conformado por 16 reactivos: ocho destinados para describir manifestaciones conductuales del atracón, mientras que las ocho restantes para sentimientos y cogniciones asociadas. A su vez, cada reactivo se compone de cuatro reactivos para evaluar el grado de severidad (escala de 0 a 3).

En el presente trabajo se utilizó la versión del BES validada por Zúñiga y Robles (2006). Calcularon la validez de constructo y la consistencia interna de dicha escala en población mexicana con obesidad. A fin de estimar la consistencia interna del BES, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach de sus dos sub escalas generales (manifestaciones conductuales= 0.87; sentimientos y cogniciones= 0.88). A través de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, se evaluó su estructura factorial del BES, agrupándose los reactivos en los dos componentes esperados y con un porcentaje de varianza explicada de 56.25%. Por lo anterior se concluyó que es posible usar el test en cuestión en población mexicana.

- Interview for the Diagnosis of Eating Disorders – IV (IDED-IV), Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios – IV: desarrollada por Kutlesic, Williamson, Glaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998), tiene como objetivo la detección de conductas relacionadas con los TAIA, considerando directamente los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se utilizó una adaptación de la IDED realizada por el Grupo de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, siguiendo los criterios diagnósticos de la última publicación del DSM-V (APA, 2013).

5.4. Procedimiento

La primer fase del presente trabajo consistió realizar las modificaciones antes descritas a la validación del instrumento QEWP-R hecha por López et al. (2011). Después se procedió a realizar el pilotaje del instrumento en estudiantes universitarios de nivel licenciatura y doctorado, becarios del Grupo de Investigación en Nutrición. Al momento del pilotaje se solicitó a quienes lo respondieron que anotasen sobre ellos cualquier duda que se presentase en cuanto a la redacción de los ítems o en la forma en que debían responder a ellos. Dado que el instrumento no presentó problemas en estos dos aspectos, no se realizaron modificaciones posteriores.

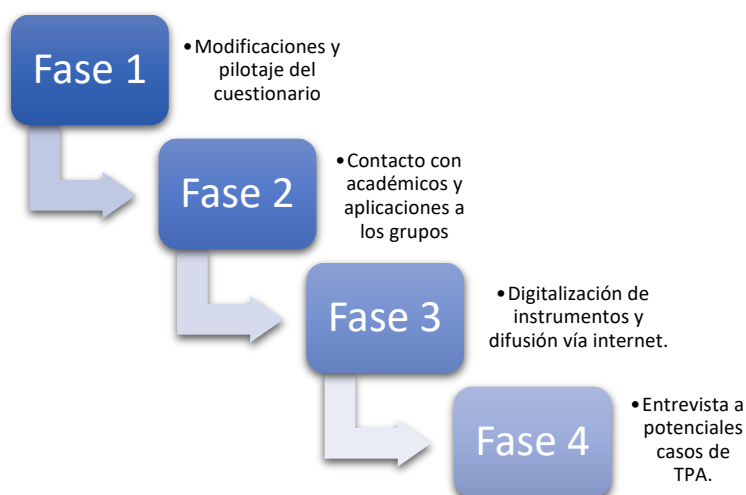
La segunda fase consistió en contactar a los académicos de las instituciones educativas para solicitar autorización y el consentimiento informado de los participantes. Se administraron 305 cuestionarios de manera presencial a grupos ya conformados dentro de las instituciones educativas (de 20 a 30 personas, aproximadamente). Al momento de la aplicación se explicaron los objetivos de la investigación, se les proporcionaron los cuestionarios y se leyeron las instrucciones en voz alta. Un mes después de esa primera aplicación, se volvió a uno de dichos grupos para aplicar nuevamente los cuestionarios tal y como se describió anteriormente

En la tercer fase del estudio, ambos cuestionarios fueron digitalizados mediante el servicio de Google forms para continuar con su aplicación vía internet. Una vez listos los cuestionarios digitales, se procedió a hacer difusión de ellos por medio del grupo oficial de Facebook de la FES Iztacala para captar a nuevos participantes. Un total de 160 personas respondieron a los dos instrumentos en esta modalidad.

Una vez que los cuestionarios fueron contestados, en la cuarta fase se logró contactar a 43 de las 73 personas con un probable diagnóstico de TPA, según el puntaje obtenido en el QEWP-R, para ser entrevistados por cinco miembros del Grupo de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Dicha entrevista tuvo una duración aproximada de una hora y se realizó en un máximo de tres semanas posteriores al momento de contestar a los instrumentos. Únicamente 20 de los 43 posibles diagnosticos de TPA fueron confirmados mediante la entrevista.

Figura 2

Diagrama del procedimiento del estudio.



5.5. Análisis de datos

Los análisis se realizaron en el paquete estadístico SPSS-25. En un inicio se calculó la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de ambos cuestionarios. Cabe destacar que los instrumentos tienen formas diferentes de calificarse, por lo que, para comparar sus puntuaciones, únicamente se consideraron las 17 preguntas base del QEWP-R, es decir, aquellas que no es posible saltar y que su respuesta no depende de haber contestado afirmativamente a una pregunta previa. Mientras que para el caso del BES, se consideró el cuestionario de manera íntegra.

Para estimar la confiabilidad del QEWP-R se utilizaron tres diferentes métodos para la obtención de información. Primeramente se calculó la consistencia interna del instrumento mediante el Alfa de Cronbach. Posteriormente, para obtener la medida de estabilidad en el tiempo del instrumento, se calculó el coeficiente de correlación intraclass de los puntajes de las dos diferentes aplicaciones. Y por último, se calculó la correlación ítem-total mediante el coeficiente r de Pearson.

En lo que respecta al cálculo de la validez convergente entre el QEWP-R y el BES, se corrió el índice de correlación ETA entre la sintomatología de TPA detectada mediante el primer instrumento y las puntuaciones total, y de uno de sus factores (manifestaciones conductuales), del segundo. Es importante subrayar que para estimar dicha sintomatología según el QEWP-R se siguieron los criterios propuestos en la tabla 1, aunque con una ligera variación: cuando se cumple con los lineamientos al pie de la letra se considera que la persona tiene sintomatología completa, pero se considera con sintomatología parcial cuando cumple con todos los criterios, excepto el contestar “sí” al menos en tres ocasiones en la tabla que comprende el 4º ítem del cuestionario, y se considera a una persona sin sintomatología cuando incumple con al menos uno de los otros 3 criterios. Se calculó además un índice de correlación ETA entre las respuestas de tres indicadores del QEWP-R (Ítem 5 y 6: sentimientos negativos; ítem 7: preocupación por el peso o la forma) y el puntaje del factor “sentimientos y cogniciones” del BES.

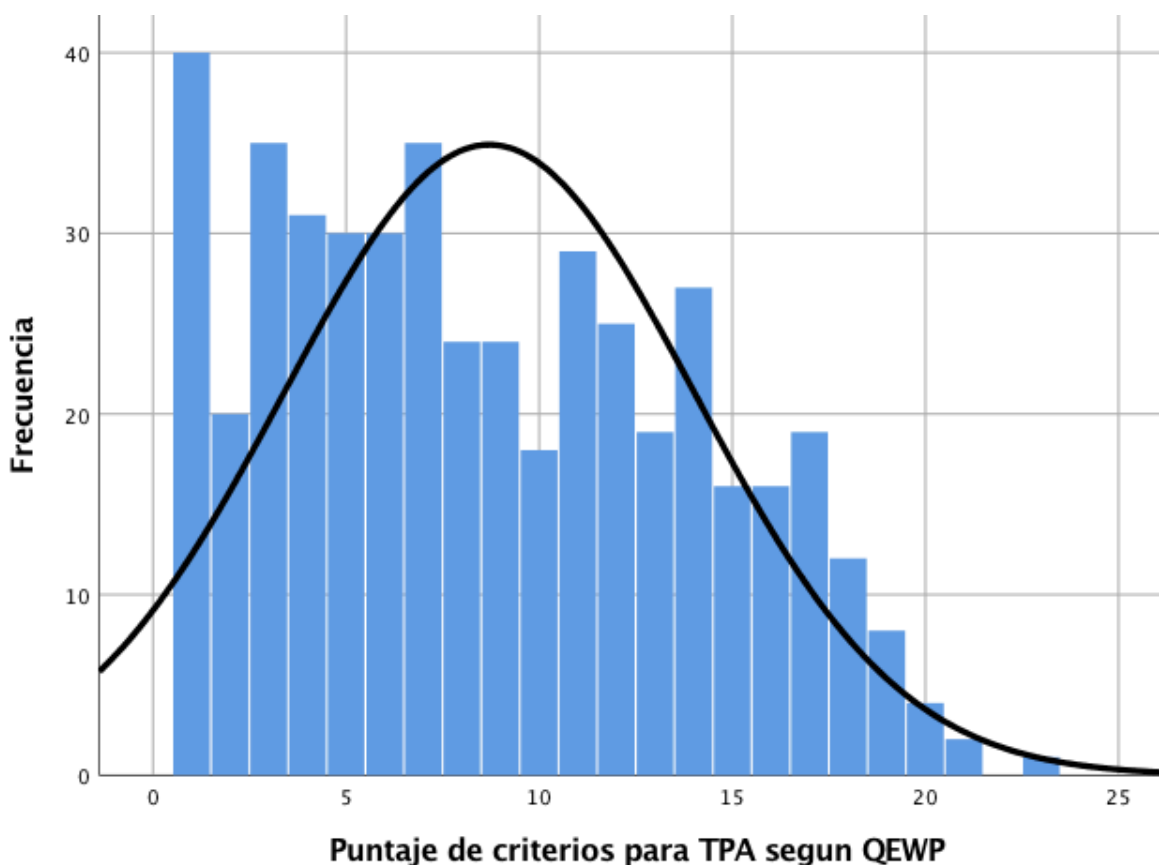
En este punto es importante señalar que para los cálculos descritos en los párrafos anteriores, se utilizaron los datos provenientes los dos grupos conformados en el transcurso del estudio. Únicamente para la estimación de la validez predictiva se trabajó con los datos provenientes del grupo clínico, donde se compararon los tamices positivos para sintomatología parcial y completa de TPA del QEWP-R con los diagnósticos de TPA provenientes de la entrevista IDED-IV, para así obtener los valores de sensibilidad y especificidad.

6. Resultados

Se comenzó con el cálculo de la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de ambos cuestionarios. Primeramente, el puntaje total obtenido por todos los participantes al contestar a las preguntas base del QEWP-R (17 ítems), se encuentra en un rango de 1 a 23, con una media de 8.71 (DE=5.31). Puede observarse que las mayores frecuencias se agrupan entre 1 y 7 puntos, mientras que la cresta de la curva se sitúa entre 5 y 11. Además, la curva presenta una asimetría de 0.32 y una curtosis con un valor de -0.92, por lo que la curva está cargada hacia la izquierda, hecho que era esperable en tanto que se trata de una muestra comunitaria (Ver figura 2).

Figura 3

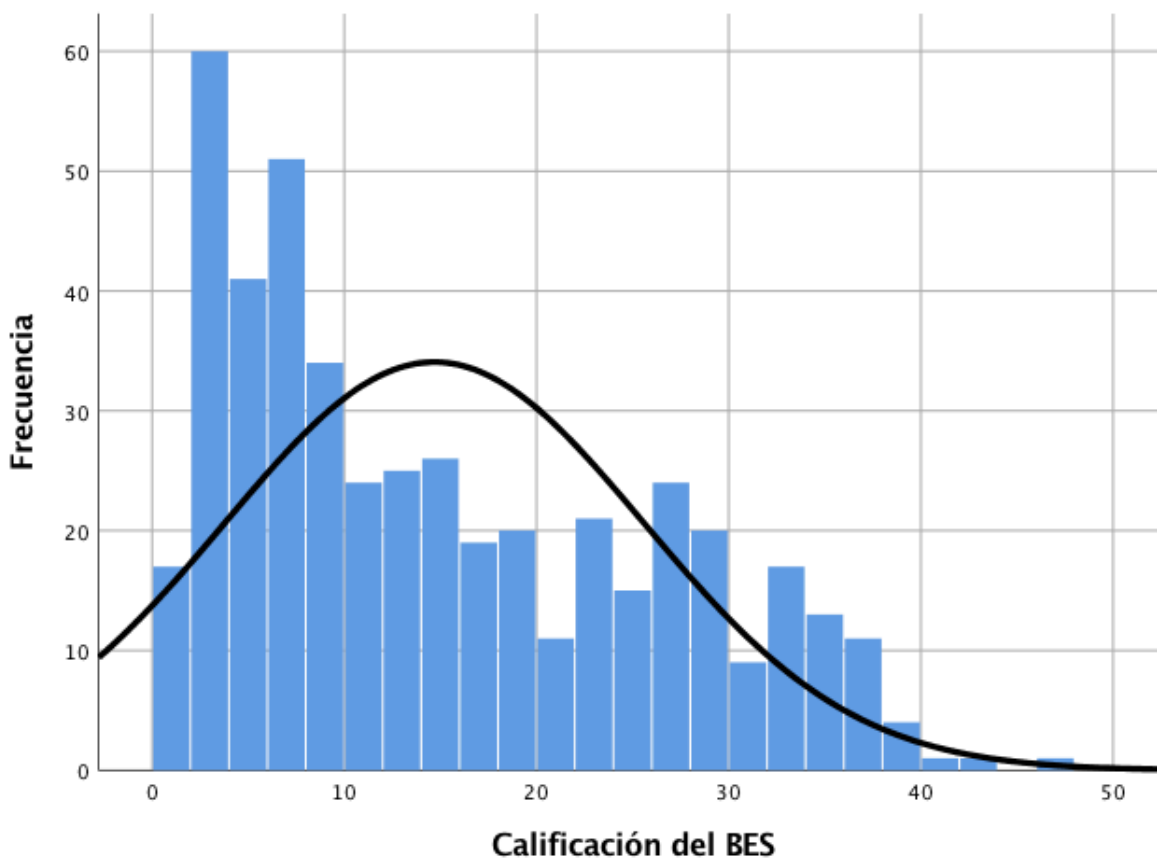
Distribución de frecuencias de las puntuaciones totales del QEWP-R.



Por su parte, las calificaciones del Cuestionario de Atracón tienen un rango de 1 a 46 y una media de 14.68 (DE=10.89). Se observa que el pico de frecuencias está situado en un rango de 3 a 8 puntos, a la vez que la cresta de la curva normal va de los 10 a los 20 puntos. Es en este último rango donde se encuentra el punto de corte (17) propuesto por Gormally, Black, Daston y Rardin (1982) para severidad moderada de TPA, punto que superaron en 36.1% de la muestra (n=168). Asimismo, la curva presenta una asimetría de 0.59 y una curtosis de -0.83, lo que se traduce en una inclinación de la curva hacia la izquierda, caso similar al anterior debido a la naturaleza de la muestra (Ver Figura 4).

Figura 4

Histograma de frecuencias de las puntuaciones totales del BES



Análisis de confiabilidad

Con el fin de conocer la confiabilidad del QEWP-R, se recurrió a tres diferentes análisis para su estimación. Inicialmente se calculó la medida de estabilidad en el tiempo del QEWP-R, obteniendo un alto coeficiente de correlación intraclase (0.83) entre las puntuaciones de la primera y segunda aplicación. En este punto es importante aclarar que únicamente 24 participantes fueron seleccionados para contestar al cuestionario en una segunda ocasión.

Posteriormente se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach. Donde se obtuvo un valor de 0.84, lo que indica que el QEWP-R cuenta con un buen grado de consistencia interna. Dicho coeficiente aumentaría si se eliminara el ítem 4a: “comió mucho más rápido de lo normal”. Sin embargo, dicho ítem describe una de las características esenciales de un episodio de atracón y el incremento de la confiabilidad sería poco significativo, por lo que no es viable eliminarlo de la escala.

Otra forma de evaluar la consistencia interna del instrumento fue a través de la correlación ítem-total. Por medio del cálculo del coeficiente de Pearson (r) pudo observarse que los 17 ítems incluidos en el análisis, es decir, aquellos que se proponen específicamente para evaluar la sintomatología de TPA, correlacionaron positiva y significativamente con su puntaje total. Cabe destacar que el índice de correlación de los siguientes 8 ítems fue igual o superior a 0.50: 1, 2, 3, 4c, 4e, 5, 6 y 7.

Tabla 7

Distribución de los ítems en función de su valor de correlación con la puntuación total.

Coeficiente de Correlación	No. de ítem
$r \geq 0.50$	1, 2, 3, 4c, 4e, 5, 6, 7
$r \geq 0.30$	1a, 4b, 4d, 8, 9, 11
$r \geq 0.20$	4a, 10, 12

En lo que respecta al resto de los reactivos incluidos en el análisis, el valor del coeficiente de correlación de 6 de ellos fue moderado ($r \geq 30$) y únicamente 3 ítems correlacionaron débilmente ($r \geq 20$), entre los cuales se encuentra el único ítem que, de ser eliminado, aumentaría el valor de α .

Validez

Siguiendo los criterios propuestos por el QEWP-R, se identificaron a 48 personas que cumplieran con la sintomatología completa de TPA y 25 con sintomatología parcial del trastorno. Por su parte, al clasificar las puntuaciones del BES según los diferentes niveles de severidad, el 17.6% de los participantes se encuentran dentro de la clasificación de TPA Moderado y el 18.5% en la clasificación de TPA Severo.

Tabla 8

Distribución de frecuencias y porcentajes de acuerdo con las clasificaciones derivadas de los puntajes del QEWP-R y BES.

	QEWP-R			BES		
	SS	SP	SC	S-TPA	TPA-M	TPA-S
Frecuencia	392	25	48	297	82	86
Porcentaje	84.3%	5.4%	10.3%	63.9%	17.6%	18.5%

Nota: QEWP-R (Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised) SS: Sin sintomatología, SP: Sintomatología Parcial, SC: sintomatología Completa. BES (Binge Eating Scale) S-TPA: Sin TPA, TPA-M: TPA Moderado, TPA-S: TPA Severo.

En la tabla anterior se puede observar que el porcentaje total de personas detectadas con sintomatología (15.7%) mediante el QEWP-R es similar al porcentaje de personas detectadas mediante el BES con TPA severo (18.5%). Después de todo, es menester recordar que, en el primer caso, los criterios para considerar que una persona tiene sintomatología de TPA son más estrictos y específicos. Mientras que, en el segundo, se trata de instrumento de medida de la

severidad, tanto de sus manifestaciones conductuales, como de aquellas que son afectivas y cognitivas.

Con el objetivo de evaluar la validez convergente entre la sintomatología detectada mediante el QEWP-R y la puntuación total del BES, así como la de uno de sus factores (manifestaciones conductuales), se calculó el índice de correlación ETA. Además, se utilizó el mismo coeficiente para calcular la correlación de tres preguntas concretas del QEWP-R (ítems 5, 6 y 7), que abordan los sentimientos negativos posteriores al atracón e importancia del peso o la forma, con el primero de los factores del BES (Sentimientos y Cogniciones).

Es posible observar que la sintomatología detectada mediante el QEWP-R está asociada con la puntuación total del BES, de manera similar al como se asocia con la puntuación individual del factor “Manifestaciones conductuales”. Por otra parte, las preguntas 5, 6 y 7 se asociaron con el factor “sentimientos y cogniciones”.

Tabla 9

Coeficiente de correlación ETA entre algunos indicadores del QEWP-R, así como la sintomatología detectada mediante él, y la puntuación total y de los factores del BES.

QEWP-R	BES		
	Puntuación manifestaciones conductuales	Puntuación sentimientos y cogniciones	Puntuación total
Sintomatología	0.60		0.66
Sentimientos negativos (Pregunta 5)		0.74	
Sentimientos negativos (Pregunta 6)		0.76	

Importancia del
peso o la forma
(Pregunta 7)

0.67

De los 73 participantes detectados con TPA según el QEWP-R, ya sea sintomatología parcial o completa, solo 43 (58.90%) de ellos accedieron a ser entrevistados mediante la IDED-IV. Al comparar las dos distintas herramientas de evaluación en términos de su habilidad para identificar TPA en dicho porcentaje de los participantes, se encontró que de las 20 personas diagnosticadas con TPA en la IDED, el QEWP-R detectó satisfactoriamente a 14 de ellas; mientras que, de las 23 personas sin diagnóstico de TPA proveniente de la IDED, el QEWP-R identificó a 9 de ellas. Lo anterior nos da como resultado que el QEWP-R tiene una sensibilidad de 0.70 y una especificidad con un valor de 0.39.

Tabla 10

Acuerdo entre la entrevista IDED y el cuestionario QEWP-R en el diagnóstico positivo a TPA y sin TPA.

QEWP-R	Diagnóstico IDED		
	Con TPA	Sin TPA	Total
Con TPA	VP14 70.0%	FP14 60.9%	28 65.1%
Sin TPA	FN6 30.0%	VN9 39.1%	15 34.9%
Total	20	23	43

7. Discusión

El principal objetivo del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado (QEWP-R), un instrumento de tamizaje diseñado para detectar la presencia de conductas asociadas a TPA.

En lo correspondiente al análisis de las propiedades psicométricas del QEWP-R, para estimar su confiabilidad se calculó un coeficiente alpha de Cronbach de 0.84, lo cual indica que el instrumento posee una adecuada consistencia interna. Lo anterior, además, se ve apoyado por los índices de correlación ítem-total calculados en este estudio, ya que según los resultados observados, el 82% de los ítems evaluados correlacionaron positiva y significativamente ($r \geq 0.30$) con la puntuación total. En este sentido, se puede concluir que existe una adecuada relación conceptual entre los ítems analizados. Estos hallazgos son similares a los reportados en el estudio de Spitzer, Yanovski y Marcus (2008, citado en López et al., 2011), donde los índices de correlación ítem-total oscilaron entre 0.55 y 0.77, mientras que el valor de α fue de 0.79.

En cuanto a la evaluación de la estabilidad en el tiempo, en el presente estudio se obtuvo un índice de correlación intraclase que fue mayor (0.83) a la Kappa calculada por Nangle et al. (1994) (k entre 0.57 y 0.58). Esto nos indicaría que el QEWP-R posee una adecuada confiabilidad test-retest, sin embargo sería conveniente aumentar el número de participantes que contestasen al cuestionario en una segunda ocasión para corroborar este resultado.

Ahora bien, en lo que respecta a la validez de tipo concurrente, se comparó la sintomatología de TPA resultado del QEWP-R con los niveles de severidad moderada y severa del BES, observando que existe una coincidencia entre el 15.7% de personas con sintomatología completa detectadas mediante el QEWP-R y el 17.6% y el 18.5% de personas con TPA moderado y severo.

En lo concerniente a la validez de criterio de tipo convergente, se observaron índices de correlación ETA positivos y moderados entre la detección de sintomatología de TPA por medio del QEWP-R y las puntuaciones total (ETA=0.60) y del factor “manifestaciones conductuales” del BES (ETA=0.66). Se observaron, además, correlaciones similares entre tres ítems del (ETA entre 0.67 y 0.74) QEWP-R y la puntuación del factor “sentimientos y cogniciones”. Dichos hallazgos son consistentes con los reportados por Barnes et al. (2011) y López et al. (2011), donde algunos ítems del QEWP-R se encontraban significativamente correlacionados con indicadores conductuales del atracón, con la angustia provocada por los atracones y con los factores “sobreingesta” y “sentimientos negativos posteriores al atracón” de la versión mexicana del Cuestionario de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés).

Otro de los objetivos de esta investigación fue estimar la validez de criterio predictiva entre el QEWP-R y la entrevista semi-estructurada IDED-IV, por medio de sus valores de sensibilidad y especificidad. Se encontró que el QEWP-R es capaz de identificar al 70% de la muestra diagnosticada con TPA y al 39.1% de la misma sin TPA. Los resultados presentados son similares a los de los estudios de López et al. (2011) y Celio et al. (2004) en términos de la capacidad del QEWP-R para detectar correctamente a individuos diagnosticados con TPA por medio de entrevistas, pues en el primero de ellos se clasifica correctamente al 83.3% de la muestra con TPA y en el segundo se reporta un valor de especificidad de 0.74. Sin embargo, otras validaciones del QEWP-R señalan valores de sensibilidad considerablemente inferiores, de entre 0.49 y 0.55 (Borges et al., 2005; Calugi et al., 2019).

Por otra parte, también existen importantes discrepancias en cuanto a los individuos sin TPA correctamente identificados mediante el QEWP-R. El bajo porcentaje reportado en este estudio es coincide con el valor de la especificidad (0.35) estimado por Celio et al. (2004), además de que en otros estudios como los de De Zwaan et al. (1993) y Dymek-Valentine (2004), a pesar de no reportarse valores de especificidad, también se reflejan inconsistencias al comparar instrumentos de auto reporte con entrevistas diagnósticas. La particular inclinación de este estudio hacia

un bajo valor de sensibilidad podría ser derivado de una de las limitaciones más importantes de este estudio: la ausencia de casos controles, es decir, a que únicamente se entrevistaron a aquellas personas con un posible diagnóstico para TPA y no a los casos sin sintomatología para poder confirmar que se trataba de verdaderos negativos.

Tomados en conjunto los adecuados niveles de consistencia interna y de estabilidad en el tiempo del QEWP-R, al suficientemente adecuado nivel de convergencia con el BES y a su alto valor de sensibilidad, se le puede considerar como una herramienta útil para el tamizaje de conductas asociadas a TPA en población mexicana. Sin embargo, tal como la literatura lo ha sugerido anteriormente, y debido a las discrepancias existentes al respecto de su especificidad, los resultados de este instrumento siempre deberán ser comprobados por medio de la entrevista diagnóstica.

8. Conclusiones

- El alpha de Cronbach del QEWP (0.84) indica que posee una adecuada consistencia interna, la cual además se confirma por medio de las correlaciones observadas entre la mayoría de los ítems y la puntuación total del instrumento.
- El índice de correlación intraclase (0.83) entre la primera y la segunda aplicación muestra que el QEWP tiene una adecuada estabilidad en un periodo de un mes.
- Las correlaciones ETA observadas entre la sintomatología detectada con el QEWP y las puntuaciones del BES indican que existe validez convergente entre ambos instrumentos de auto-reporte.
- La sensibilidad y especificidad (0.70 y 0.39, respectivamente) del QEWP indican que se trata de un instrumento útil para la identificación de conductas asociadas a Trastorno por Atracón. Sin embargo, es menester tomar en consideración que su utilidad deberá limitarse a la de una herramienta de tamizaje.
- El QEWP es una herramienta confiable y válida para la detección de potenciales casos de Trastorno por Atracón.

9. Referencias

- Agüera, Z., Mallorquí-Bagué, N. y Lozano-Madrid, M. (2019). Binge-Eating, Bulimia, and Other Eating Disorders. En I. Huhtaniemi y L. Martini (Eds.), *Encyclopedia or Endocrine Diseases* (2a Ed., pp. 473-481). Academic Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, D.C.: A. P. A. Press.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aragón, L. (2015). *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México, Manual Moderno.
- Barnes, R., Masheb, R., White, M., y Grilo, C. (2011). Comparison of methods for identifying and assessing obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *International Journal of Eating Disorders*, Vol.44(2). pp.157-163.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, Vol.35(6). pp. 483-490.
- Borges, M., Morga, C., Claudino, A. y Silveira, D. (2005). Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder. *Revista Brasileira de psiquiatria*, Vol.27(4). pp. 319-322.
- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C. y Courtois, R. (2016). Validation de la version française de la Binge Eating Scale: étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *L'Encéphale*, Vol.42(5), 426-433.
- Celio, A., Wilfley, D., Crow, S., Mitchell, J. y Walsh, B. (2004). A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, Vol36(4). pp. 434-444.
- Calugi, S., Serena, C., Muzi, S., Fasoli, D., Travagnin, F. y Dalle, R. (2019). Psychometric properties of the Italian version of the questionnaire on eating and weight patterns (QEWP-5) and its accuracy in screening for binge-eating disorder in patients seeking treatment for obesity. *Eating and Weight*

Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Vol.25(6). pp. 1739-1745.

Cooper, Z., y Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International journal of eating disorders. Vol. 6(1), pp.1-8.*

Del Valle, M. y Zamora, E. (2021). El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en psicología. *Revista Alternativas en Psicología. Vol. 25(47). pp. 22-35.*

De Zwaan, M., Mitchell, J., Specker, S., Pyle, R., Mussell, M. y Seim, H. (1993). Diagnosing Binge Eating Disorder: Level of Agreement Between Self-Report and Expert-Rating. *International Journal of Eating Disorders. Vol. 14(3). pp. 289-295.*

Dymek-Valentine, M., Rienecke-Hoste, R. y Alverdy, J. (2004). Assessment of binge eating disorder in morbidly obese patients evaluated for gastric bypass: SCID versus QEWP-R. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Vol. 9(3). pp. 211-216.*

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. y Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from general population. *Eating Behaviors, Vol.18. pp. 41-47.*

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders, Vol.16(4), 363-370.*

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., Norman, P., y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of general psychiatry, Vol. 57(7). pp. 659-665.*

Feldman, R. y Hegele, R. (2007). Obesity/Metabolic Syndrome Overview. En J. Taylor y D. Triggler (Eds.), *Comprehensive Medicinal Chemistry (2a ed., pp. 381-387). Elsevier.*

Gaete, M., López, C y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes, Vol.23(5). pp. 566-578.*

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavalacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition, Vol.109(5). pp. 1402-1413.*

- Gormally, J., Black, S., Daston, S. y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors, Vol. 7.* pp. 179-91.
- Guerdjikova, A., Mori, N., Casuto, L. y McElroy, S. (2019). Update on binge eating disorder. *Medical Clinics, Vol. 103(4).* pp. 669-680.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). Metodología de la investigación. México, Mc Graw-Hill.
- Hudson, J., Lalonde, J., Coit, C., Tsuang, M., McElroy, S., Crow, S., Bulik, C., Hudson, M., Yanovski, J., Rosenthal, N y Pope Jr, H. (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American journal of clinical nutrition, Vol.91(6).* pp. 1568-1573.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. y Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin. Vol.130(1).* pp. 19-65.
- Johnson, J., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological medicine, Vol.31(8).* pp. 1455-1466.
- Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer y Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review. Vol. 17(4).* pp. 375-406.
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., Aguilar, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graff, R., Haro, J., Kovess, V., O'Neill, S., Posada, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. y Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry, Vol. 73(9).* pp. 904-914.
- Kolar, D., Mejía, D., Mebarak, M. y Hoek, H. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry, Vol.29(6),* 363-371.

- Kreamer, H., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P. y Kupfer, D. (1997). Coming to terms of risk. *Archives of general psychiatry*. Vol. 54(4). pp. 337-343.
- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J. y Murphy-Eberenz, K. (1998). The Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*. Vol.10(1), 41-48.
- Lindvall, C., Wisting, L. y Ro, O. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, Vol. 56(5). pp. 1-10.
- López-Espinoza, A. Martínez, A., Aguilera, V., Valdés, E., Santillán, M., Gonzalez, A. y García, N. (2018). Investigación en comportamiento alimentario: una perspectiva contemporánea. En A. López-Espinoza, A. Martínez, y V. Aguilera (Eds.), *Investigaciones en comportamiento alimentario: Reflexiones, alcances y retos* (1a ed., pp 1-11). Red Internacional de Investigación en Comportamiento Alimentario y Nutrición.
- López, X., Mancilla, J., Vázquez, R., Álvarez, G. y Franco, K. (2011). Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del cuestionario de patrones alimentarios y peso-revisado (QEWP-R). *Revista Psicología.com*, Vol. 15.
- Mancilla-Diaz, J., Franco, K., Vazquez, R., Lopez, X., Alvarez, G. y Tellez, M. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, Vol.15(6). pp 463-470.
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. España, Síntesis.
- Mitchell, J. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, Vol.49(3). pp. 319-323.
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los test: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*, Vol. 31(1). pp 57-66.
- Muñiz, J., Hernández, A. y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los test: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 36(3). pp. 161-173.
- Nangle, D., Johnson, W., Carr-Nangle, R. y Engler, L. (1994). Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: Psychometric analysis of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, Vol16(2). pp 147-157.

- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A., Keck, P., y McElroy, S. (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, Vol. 22(1). pp. 13-26.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del psicólogo*, Vol. 31(1). Pp. 67-74.
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C., Sullivan, P., Tambs, K., y Harris, J. (2004). Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obesity research*, Vol.12(9). pp. 1445-1454.
- Robert, S., Rohana, A., Suehazlyn, Z., Maniam, T., Azhar, S., y Azmi, K. (2013). The validation of the malay version of binge eating scale: a comparison with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Journal of eating disorders*, Vol. 1(28). pp. 1-6.
- Sonneville, K., Horton, N., Micali, N., Crosby, R., Swanson, S., Solmi, F., y Field, A. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter?. *JAMA pediatrics*, Vol.167(2). pp. 149-155.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S. Z., & Marcus, M. (1993). The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QWEP-R). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Stice, E., Telch, C. y Rizvi, S. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*. Vol. 12(2), pp. 123-131.
- Striegel-Moore, R. y Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. Risk factors for eating disorders. *American psychologist*. Vol. 62(3), 181-198.
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 68(7). pp.714-723.
- Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L., Stern, E., Miller, R., Sebring, N., DellaValle, D., Yanovski, S., Hubbard, V. y Yanovski, J. (2012). Children's binge eating and

development of metabolic syndrome. *International journal of obesity*, Vol.36(7). pp. 956-962.

Udo, T. y Grilo, C.(2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, Vol. 84(5). pp. 345-354.

Unikel, C y Bojorquez, I. (2007). A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology*, Vol.42(1). pp. 59-68.

Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. México. Universidad Autónoma Metropolitana.

Vander Wal, J., Stein, R. y Blashill, A. (2011). The EDE-Q, BULIT-R and BEDT as self-report measures of binge eating disorder. *Eating behaviors*, Vol.12. pp. 267-271.

Vázquez, R., López, X., Tellez-Girón, M. y Mancilla-Díaz, J. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, Vol. 6(2). pp. 108-120.

Velázquez, H., Vázquez, R. y Mancilla, J. (2018). Binge eating disorder in men. A review of the relevant variables in the literature. *Salud Mental*, Vol. 41(2). pp. 91-110.

Zeidan, R., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Kheir, N., Hallit, S. y Obeid, S. (2019). Validation of the Arabic version of the binge eating scale and correlates of binge eating disorder among a sample of the Lebanese population. *Journal of eating disorders*, 7(40), pp. 1-14.

Wassenaar, E., Friedman, J., y Mehler, P. (2019). Medical complications of binge eating disorder. *Psychiatric Clinics*, Vol.42(2). pp. 275-286.

Zúñiga, O. y Robles, R. Validez de constructo y consistencia interna del cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, Vol. 15(5). pp. 126-134.