

Validación de la Versión Corta de la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-18) en Población Mexicana

Validation of the Short Version of the Eating Attitudes Scale (EAT-18) in a Mexican Population

Ana Regina Pérez Bustinzar¹, Mariana Valdez-Aguilar² y Jorge Armando Barriguete-Meléndez³

Resumen

Objetivo: desarrollar y validar una versión abreviada del EAT. **Método:** La muestra consistió en 678 participantes (318 de grupo control y 360 de grupo clínico). **Resultados:** Se observó una adecuada consistencia interna del instrumento ($\alpha=.89$). El Análisis factorial exploratorio arrojó tres factores 1) Restricción alimentaria 2) Síntomas bulímicos 3) Control de la comida y el peso. Se confirmó la estructura con el análisis factorial confirmatorio presentando un buen ajuste de los datos: 1) Chi cuadrado significativo ($X^2(121)=699.05$, $p=.001$), 2) GFI=.914 3) AGFI=.942 4) CFI=.953 5) RMSEA=.083 6) RMR=.043. Se observó el valor 15 como punto de corte más adecuado. La validez convergente del instrumento se evaluó mediante el Inventario de Trastornos Alimentario (EDI) observando correlaciones positivas y significativas. **Conclusión:** Esta versión del instrumento presenta buenas propiedades de validez y confiabilidad. Las implicaciones clínicas y teóricas se discuten.

Palabras clave: Trastorno de la Conducta Alimentaria, evaluación, estructura factorial, fiabilidad, validez de criterio

Abstract

Objective: to develop and validate an abbreviated version of the EAT. **Method:** the sample consisted of 678 participants (318 from the control group and 360 from the clinical group). **Results:** adequate internal consistency of the instrument was observed ($\alpha=.89$). The exploratory factorial analysis yielded three factors 1) Food restriction 2) Bulimic symptoms 3) Food and weight control. The structure was confirmed with the confirmatory analysis, presenting a good adjustment of the data: 1) significant Chi-square ($X^2(121)=699.05$, $p=.001$), 2) GFI=.914 3) AGFI=.942 4) CFI=.953 5) RMSEA=.083 6) RMR=.043. The most suitable cut-off point value was 15. The convergent validity of the instrument was evaluated using the Eating Disorders Inventory (EDI), observing positive and significant correlations. **Conclusion:** this version of the instrument presents good validity and reliability properties. Clinical and theoretical implications are discussed.

Keywords: Eating Disorder, assessment, factorial structure, reliability, criterion validity

¹Maestra en Psicología. Coordinadora del área de Psicología de la Clínica Ángeles TCA. Hospitales Ángeles Lomas y Puebla. Dirección: Cto. Empresarial 8, Bosque de las Palmas, 52787 Naucalpan de Juárez, Méx. Correo: anapb74@yahoo.com

²Doctora en Psicología y Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Coordinadora de Investigación de la Clínica Ángeles TCA. Hospitales Ángeles Lomas y Puebla. Dirección: Cto. Empresarial 8, Bosque de las Palmas, 52787 Naucalpan de Juárez, Méx. Correo: psicmariav@gmail.com (Autor de correspondencia)

³Doctor en Psicoanálisis. Universidad Anáhuac. Director general de la Clínica Ángeles TCA. Hospitales Ángeles Lomas y Puebla. Cto. Empresarial 8, Bosque de las Palmas, 52787 Naucalpan de Juárez, México. División de Nutrición Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ. México Consejo Promotor de Salud Mental y Bienestar. FUNSALUD. México. Correo: barriguete@outlook.com

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves, marcadas por alteraciones en la conducta y las actitudes relacionados con la ingestión de alimentos y la intensa preocupación por el peso o la forma del cuerpo. Estos comportamientos no deben ser secundarios a ninguna enfermedad médica. Asimismo, son un problema de salud pública importante, ya que afectan a un gran número de la población, tienden a ser graves y volverse crónicos, además de que se relacionan con una elevada comorbilidad y mortalidad (APA, 2013).

Investigaciones recientes (Calzo et al., 2017; Posluszny et al., 2022; Stice & Desjardins, 2018, Behar, 2018) de prevalencia han indicado amplias diferencias en función del grupo de edad y sexo, siendo muy superior en las mujeres jóvenes. Sin embargo, en los varones también existen problemas de alimentación, no obstante, en varios de ellos estos padecimientos pasan desapercibidos y sin tratamiento, ya que los hombres en muchos casos, se niegan a acudir a recibir una intervención. La prevalencia de los TCA por continentes es del 2.2 % en Europa, del 3.5 % en Asia y del 4.6 % en América (Arija Val et al., 2022). De esta manera, se ha encontrado que la tasa de prevalencia de Anorexia Nerviosa en Latinoamérica para los adolescentes es del 0.5%, para Bulimia Nerviosa de 1.0% y de 1.4% para Trastorno Por Atracón (Koler et al., 2016).

Los TCA tienen un origen multifactorial, p. ej. genético, psicológico, sociocultural, familiar y personal, en los que diversos elementos se deben considerar para lograr los mejores resultados posibles en su tratamiento (Hay, 2020).

Hay evidencias teóricas que mencionan que en México, los TCA tienen mayor antigüedad. Se han realizado varios estudios comparando muestras clínicas con países como España (Vázquez Arévalo et al., 2015). Los resultados han mostrado que aun cuando entre las mujeres españolas se identifican mayores porcentajes de sintomatología alimentaria, las mujeres mexicanas presentan características de riesgo en mayor medida, por ejemplo, se sienten más insatisfechas con la forma de su cuerpo (Unikel-Santoncini et al., 2006) se preocupan más por su peso y quieren estar más delgadas.

Dada la prevalencia y los efectos tan severos que producen los TCA, la evaluación precisa de estas psicopatologías es fundamental. Diversos investigadores (Calzo et al., 2017; Posluszny et al., 2022; Stice & Desjardins, 2018) han intentado detectar patrones relacionados con estos trastornos, midiendo las actitudes hacia la comida y el peso. Una evaluación precisa es necesaria ya que puede acelerar el tratamiento. De esta manera, se ha encontrado que la detección de una psicopatología alimentaria durante el inicio temprano de la enfermedad puede promover mayores tasas de éxito de recuperación (Bachner-Melman et al., 2021; Lutter, 2017).

La mayoría de los instrumentos en esta área se han desarrollado para evaluar las conductas y actitudes de riesgo hacia un posible TCA (Rojas & García, 2016.), mientras otras herramientas han abordado específicamente los criterios de diagnóstico como es el caso de las entrevistas semiestructuradas basadas en el DSM-5 (APA, 2014). Algunos de estos instrumentos son: el Inventario de Trastornos de la Alimentación (*Eating Disorder Inventory*, EDI), fue desarrollado originalmente para medir las características cognitivas y conductuales asociadas con anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN) (Garner et al., 1983).

El EDI contiene 64 ítems en ocho subescalas: Motivación para Adelgazar, BN, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Identificación Interoceptiva y Miedo a Madurar. Los componentes del EDI clasificaron correctamente a 85% de la muestra evaluada y se observaron buenos datos de validez. Sin embargo, un estudio llevó a cabo un seguimiento del instrumento usando análisis de componentes principales y encontró solo tres factores claros y replicables (Welch et al., 1988). En México, este instrumento fue validado por Unikel et al. (2006) y mostró buenas propiedades psicométricas, sin embargo, debido a la complejidad en su estructura factorial, el EDI no ha sido tan ampliamente aceptado como otras evaluaciones de trastornos alimentarios (Mañano et al., 2013). El EDI no se utilizó ya que se han realizado diversas validaciones del instrumento y ha sido ampliamente explorado en México, en este sentido el EAT, aun falta por confirmar su estructura factorial y realizar diversos análisis estadísticos.

Otro instrumento es la prueba revisada de bulimia de 36 ítems (BULIT-R), se desarrolló para detectar BN según los criterios diagnósticos del DSM-IV (Thelen et al., 1991), con base a un estudio de cuatro fases. En las dos primeras se construyó y se propuso el punto de corte de 102, el cual clasificó correctamente entre mujeres con BN y controles con valores superiores a 90% en especificidad y sensibilidad. En la tercera fase se encontró que, de acuerdo con el punto de corte, 4% de las mujeres presentaron riesgo de BN. En la cuarta fase se evaluó la confiabilidad. Los resultados indicaron que es un instrumento confiable y válido para identificar individuos en riesgo entre la población general (Vincent et al., 1999). Esta herramienta fue validada para México por Álvarez et al. (2000) mostrando ser confiable y efectiva para la sospecha oportuna de personas en riesgo. A pesar de que esta escala es ampliamente aceptada como otras evaluaciones de trastornos alimentarios, tales como el BULIT-R y QEWP-R (Maiano et al., 2013).

Otro inventario de detección para evaluar los síntomas y comportamientos asociados con los trastornos alimentarios es el Test de Actitudes Alimentarias, tanto en su versión original (EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979) como en las versiones cortas (Garner et al., 1982). La versión original del EAT, fue desarrollada por Garner et al. (1979), ésta fue creada para evaluar los síntomas de AN en dos submuestras de mujeres diagnosticadas (n=32 y 33), y en dos submuestras control (n=34 y 59). La consistencia interna fue $\alpha=.94$ en la muestra total (Rivas et al., 2010). La puntuación total del instrumento diferenció entre las mujeres con AN y las controles, además, se estableció como punto de corte 30, siendo el más adecuado para fines de tamizaje. En México se examinó la confiabilidad y validez del EAT-40 por Álvarez et al. (2000) en una muestra clínica de 276 mujeres con trastornos alimentarios y una muestra control de 280 mujeres. Esta validación obtuvo buenas propiedades psicométricas.

La versión corta del EAT de 26 ítems ha demostrado excelentes propiedades psicométricas, exhibiendo mayor confiabilidad y validez (Garner et al., 1982), es adecuada en diferentes contextos y países. Este cuestionario se divide en tres subescalas: hacer dieta (evitación de alimentos grasos y preocupación por delgadez), bulimia y

preocupación y control por la comida (autocontrol sobre la comida y presión social para ganar peso). Aunque inicialmente fue diseñada para diferenciar personas con AN de grupos control, el EAT se ha utilizado para identificar personas con diferentes niveles y sintomatología de trastornos alimentarios (Garner et al., 1982).

No obstante, debido a su longitud, el EAT-26 puede resultar difícil de completar; y por lo tanto complicado de aplicar tanto en la evaluación y seguimiento rutinario de los TCA, así como en los programas comunitarios de salud (Wang et al., 2022). De esta manera, aunque es una escala ampliamente aceptada, su validez de constructo se ha evaluado con el análisis factorial exploratorio (AFE). De esta forma, teniendo en cuenta las complejidades de los trastornos alimentarios, un enfoque más teórico para la validez de constructo podría beneficiar al EAT. Así, se ha afirmado que la mayoría de los instrumentos deben mantenerse bajo constante vigilancia para observar si se está midiendo lo que deberían medir (Stice & Desjardins, 2018). Otros investigadores han reafirmado esta perspectiva y han resaltado la importancia de la constante evaluación de las propiedades de las escalas (Carrard et al., 2020; Hilbert et al., 2015; Ondé & Alvarado, 2022.; Zeidan et al., 2019).

Recientemente, la investigación ha comenzado a utilizar análisis factoriales confirmatorios (AFC) para establecer una estructura factorial del EAT-26 y de otros instrumentos entre muestras clínicas y comunitarias (McEnery et al., 2016). Se ha encontrado un buen ajuste para una solución de 18 elementos (Maiano et al., 2013). Sin embargo, es necesario realizar investigación adicional para determinar si ésta estructura factorial se mantiene en otras culturas.

Se han identificado otras formas cortas del instrumento, incluyendo la de 16 ítems (McLaughlin, 2014), 13 elementos (Berger et al., 2012), 10 reactivos (Wilmskoetter et al., 2019) y de 8 ítems (Richter et al., 2016). Estas versiones han sido validadas en diferentes idiomas, incluyendo persa, inglés y alemán; pero no en español, ni en nuestro país, únicamente el EAT-26 (Vázquez et al., 2018). Dado lo anterior, es importante ampliar y mejorar las versiones anteriores del EAT para la población de habla hispana y que este cuestionario se pueda utilizar en el área clínica y de

investigación, facilitando los diagnósticos y la detección temprana de los TCA.

De esta forma, el objetivo del presente estudio fue desarrollar y validar una versión abreviada del EAT. En particular, examinar el número de factores, consistencia interna y validez en población clínica. Dado lo anterior, las hipótesis que se plantea son las siguientes: H1: la escala mostrará tres factores H2: la escala tendrá una buena consistencia interna y validez. H3: la puntuación total estará correlacionada positivamente con la escala EDI, y de ansiedad.

Método

Muestra

El total de la muestra fue 678 participantes. La muestra clínica estuvo compuesta por 360 pacientes que incluyó a 335 mujeres y 25 hombres, con un rango de edad de 18 a 40 años ($M=21.73$, $D.E=3.633$), quienes habían completado estudios universitarios o estaban cursando su licenciatura. Los participantes fueron reclutados de la Clínica de Trastornos Alimentarios, entre enero de 2013 y marzo de 2022. Los pacientes cumplieron con el diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) para un TCA. La valoración y la presencia de condiciones comórbidas se elaboró por medio de una entrevista clínica realizada por el equipo de psicólogas de la institución.

La muestra comunitaria estuvo conformada por 318 participantes que incluyó 239 mujeres, 76 hombres y 3 personas decidieron no revelar su sexo; con edades comprendidas entre los 18 y 38 años ($M=21.55$, $D.E=3.04$), quienes fueron reunidos de diversas instituciones de nivel superior a través de un formulario de *google forms* que se les envió a su correo electrónico institucional.

Instrumentos

Hoja de datos generales. Realizada para el presente estudio. Contiene 8 preguntas sobre datos sociodemográficos como edad, sexo, estatura, peso, procedencia, antecedentes familiares de enfermedades, historial de dietas, hábitos alimentarios.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED por sus siglas en inglés). A partir de los criterios del DSM-5 y de acuerdo con la entrevista IDIED para Trastornos Alimentarios

(Williamson et al., 1995). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone por 18 preguntas. Se busca realizar diagnósticos diferenciales entre AN, BN y Trastorno por atracón (TPA). Su composición inicial incluye preguntas con relación a las historia del problema, sintomatología alimentaria e ítems de evaluación general. Su extensión es de 30 a 45 minutos. Existe una versión traducida al español que se utilizó en el presente estudio (Vázquez Arevalo et al., 2000).

Test de Actitudes Alimentarias (EAT por sus siglas en inglés, Garner, et al., 1982) es una escala multidimensional de auto reporte que evalúa los dominios: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral; esta escala es utilizada para evaluar el riesgo de trastorno de conducta alimentaria, incluyendo AN y BN. La prueba registra la frecuencia de actividades y pensamientos en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Este instrumento fue seleccionado debido a que no sólo sirve para casos clínicos, sino que también es útil para identificar trastornos alimentarios en muestras no clínicas. La versión original fue validada para México (Álvarez et al., 2000, Unikel-Santoncini et. al., 2006) y encontró excelentes medidas de validez y confiabilidad.

Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI por sus siglas en inglés, Garner et al., 1983). fue construido y validado por Garner et al. (1983) se utiliza para evaluar características cognitivo-conductuales asociadas a la AN y la BN. Está conformado por 64 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert. La versión original se desarrolló en una muestra de 113 mujeres diagnosticadas con AN, y 557 mujeres universitarias (muestra control). Los 64 reactivos diferenciaron significativamente entre las muestras, en tanto que 61 tuvieron una correlación mayor a .40 con la puntuación total. En la validación para México se encontró que la consistencia interna fue $\text{Alpha} = .92$ además, todos los reactivos del EDI, excepto el 1, correlacionaron con la puntuación total. Por medio del AFE se identificaron ocho factores que agruparon 44 reactivos y explicaron 41.7% de la varianza total; estructura que coincidió con la propuesta por Garner et al. (1983).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en inglés). Está compuesta por dos subescalas: Depresión y Ansiedad, cada

una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21 puntos, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas. Además, el periodo en el que se examina al paciente corresponde a los últimos siete días. El coeficiente α de Cronbach de la escala va de 0.81 a 0.90. Fue validada para México para pacientes con TCA por Barriguete et al. (2017), obteniendo valores buenos de confiabilidades y validez.

Procedimiento

Para obtener la muestra comunitaria, el proyecto de investigación se presentó en diversas instituciones de nivel superior. Ya que fue aceptado, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de forma grupal de manera voluntaria a través de un formulario de *google forms* que se envió al correo electrónico institucional de los participantes. El tiempo utilizado para contestar el cuestionario fue de 10-15 minutos. Se evaluó que no existieran diferencias significativas entre las aplicaciones de las instituciones para tratarlas como el grupo comunitario.

La muestra clínica se recopiló de una clínica de Trastornos Alimentarios donde los pacientes contestaron el instrumento y una serie de cuestionarios para su expediente dentro del hospital. Su diagnóstico fue realizado por el equipo de psicólogas de la institución.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica de Trastornos Alimentarios. A todas las participantes se les garantizó absoluta confidencialidad a través de la firma del consentimiento informado. Se les explicó que los resultados obtenidos solo serían utilizados con fines académicos.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 26. Primero, para describir las propiedades psicométricas se calculó la puntuación total, la media, la desviación estándar tanto de la muestra clínica como del grupo control. Posteriormente se exploró la confiabilidad a través del α de Cronbach.

El AFE se ejecutó con los elementos propuestos por Malaio (2013) para la versión de 18 reactivos. Los valores del KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett aseguraron la adecuación del modelo. Posteriormente, a través del complemento de AMOS para SPSS versión 26 se realizó el AFC con la estructura propuesta; los siguientes índices se utilizaron para evaluar la bondad de ajuste del modelo: la raíz cuadrada media estadística de error de aproximación (RMSEA), el índice de Tucker (TLI) y el índice de ajuste comparativo (CFI). Los valores recomendados por Schermelleh-Engel et al. (2003) para el $RMSEA \leq 0.06$, y TLI y CFI ≥ 0.95 fueron tomados en cuenta para ejecutar este análisis.

Para evaluar el punto de corte se exploraron 6 valores: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, considerado lo reportado en la validación original (Garner & Garfinkel, 1979) y la validación mexicana de 40 reactivos (Unikel-Santoncini et al., 2006). Por último, para probar la validez convergente y divergente, se utilizó la prueba de correlación de Pearson para correlacionarla con las variables del EDI y del HADS. Se consideró $p < .05$.

Resultados

Análisis descriptivos

La puntuación promedio del total de toda la muestra fue de 17.79 (*D.E.* 13.65); los estadísticos descriptivos tanto del grupo control como del grupo clínico se muestran en la Tabla 1. Cabe señalar que la puntuación promedio total para el grupo control fue por debajo del punto de corte (26-30) establecido para este instrumento en su versión anterior validada para México, mientras que el grupo clínico estuvo dentro del promedio.

Análisis de confiabilidad

Al calcular el índice de confiabilidad se obtuvo un coeficiente de .89, lo cual indica un excelente grado de consistencia interna para el EAT-18. Asimismo, se encontró que todos los reactivos correlacionaron de manera positiva y significativa ($p \leq .001$) con la puntuación total del EAT. Siete reactivos mostraron un coeficiente de correlación considerado como bueno para predecir ($r \geq .70$). Mientras que 9 reactivos restantes presentaron una correlación útil para predecir ($r \geq .50$) y dos presentaron una relación baja para predecir ($r \geq .30$) (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Análisis descriptivos para el EAT-18

Reactivos	Grupo control (n=318)		Grupo clínico (n=360)	
	M	D.E	M	D.E
1. Me gusta comer con otras personas	2.25	2.49	3.29	2.37
5. Procuero no comer aunque tenga hambre	.16	.62	1.47	1.23
6. Me preocupo mucho por la comida	.43	.93	.72	1.11
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	.19	.63	1.56	1.27
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños	.22	.74	1.64	1.20
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.28	.81	1.17	1.22
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)	.18	.64	1.21	1.23
11. Me siento lleno/a después de las comidas	.57	1.04	.96	1.16
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	.18	.64	1.38	1.30
13. Vomito después de haber comido	.02	.19	2.06	1.28
14. Me siento muy culpable después de comer	.31	.84	1.09	1.22
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	.18	.63	1.41	1.25
17. Me peso varias veces al día	.03	.26	2.28	1.07
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	1.12	2.08	1.94	2.44
20. Me levanto pronto por las mañanas	1.18	1.36	.48	.86
21. Cada día como los mismos alimentos	.47	.98	.95	1.07
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.36	.87	.96	1.20
26. Tardo en comer más que las otras personas	.32	.86	1.50	1.20
TOTAL EAT-18	8.43	6.18	26.06	13.06

Tabla 2. Relación ítem-total y coeficiente alpha de los reactivos de la escala

Reactivo	R ²	a
1. Me gusta comer con otras personas	.52	.89
5. Procuero no comer aunque tenga hambre	.80	.89
6. Me preocupo mucho por la comida	.58	.89
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	.68	.89
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños	.67	.89
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.69	.89
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)	.74	.89
11. Me siento lleno/a después de las comidas	.55	.89
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	.56	.89
13. Vomito después de haber comido	.74	.89
14. Me siento muy culpable después de comer	.73	.89
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	.73	.89
17. Me peso varias veces al día	.75	.89
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	.27	.89
20. Me levanto pronto por las mañanas	.77	.89
21. Cada día como los mismos alimentos	.43	.89
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.62	.89
26. Tardo en comer más que las otras personas	.56	.89

Análisis de validez

El análisis factorial exploratorio se realizó a través del Análisis de Componentes Principales. Por medio del método de Rotación Varimax que extrajo 3 factores,. Sólo se tomaron en cuenta los ítems con saturación igual o mayor a .40, quedando agrupados los 18 reactivos, que en conjunto explican el 49.31 % de la variabilidad total (ver Tabla3). Los tres factores quedaron de la siguiente forma: factor 1 "Restricción alimentaria" que explicó el 46.38% de la varianza quedó conformado por los reactivos: 5, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 26, con un alpha de cronbach=.89 el factor 2 "Sintomatología bulímica" que explicó el 8% de la varianza quedó conformado por los reactivos: 6, 7, 11, 14, 16 22, con un alpha de cronbach=.83 y el

factor 3 "Preocupación por la comida" que explicó el 5,9% de la varianza tuvo los siguientes ítems: 1, 18, 20, 21 con un alpha de cronbach=.81.

Después, se procedió a ejecutar el AFC, obteniendo la estructura representada en la figura 1, en donde se observaron los siguientes los índices de bondad de ajuste con valores: 1) Chi cuadrado significativo ($X^2(121)=699.05$, $p=.001$), 2) GFI=.914 3) AGFI=.942 4) CFI=.953 5) RMSEA=.083 6) RM=.043; Estos valores indicaron un buen ajuste para el modelo.

Respecto de la evidencia de validez convergente ésta se realizó únicamente con la muestra clínica a través de las puntuaciones totales y las subescalas del EAT y el EDI se encontraron correlaciones significativas, positivas, sin embargo, de moderadas

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio propuesto para el EAT-18

Estructura factorial propuesta EAT-18			
Reactivos	1. Restricción alimentaria	2. Sintomatología bulímica	3. Preocupación por la comida y el peso
5. Procuero no comer aunque tenga hambre	.71		
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños	.81		
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.55		
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)	.62		
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	.79		
13. Vomito después de haber comido	.72		
17. Me peso varias veces al día	.82		
26. Tardo en comer más que las otras personas	.76		
6. Me preocupo mucho por la comida		.80	
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer		.54	
11. Me siento lleno/a después de las comidas		.75	
14. Me siento muy culpable después de comer		.79	
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías		.52	
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio		.76	
1. Me gusta comer con otras personas			.41
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada			.90
20. Me levanto pronto por las mañanas			.76
21. Cada día como los mismos alimentos			.75
Alpha Cronbach por factor	.89	.84	.81

Nota. Coeficiente Alpha total=.89 Porcentaje de varianza explicada=49.31% Prueba de esfericidad de Barlett=7263 g/l=153 sig.=.01

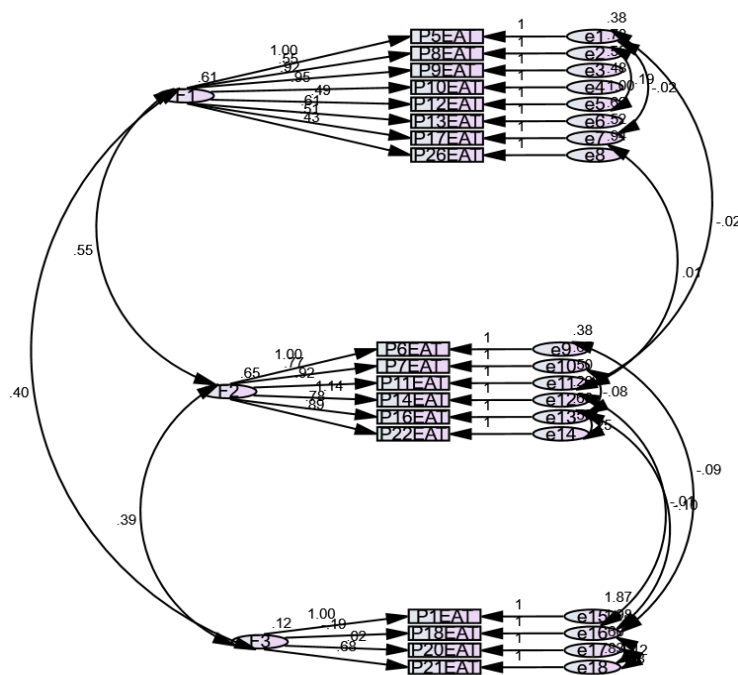


Figura 1. Análisis factorial confirmatorio del EAT-18

a bajas (ver Tabla 4). Los totales de ambos instrumentos se correlacionaron significativamente ($r=.68$). Con relación a la validez divergente se encontró asociaciones entre el EAT y el HADS, únicamente entre el factor 3 del EAT “control sobre la comida” y la subescala de ansiedad, sin embargo, esta correlación fue baja ($r=.16$).

Análisis de sensibilidad y especificidad

Para evaluar el punto de corte del EAT-18, adecuado para la población mexicana, se exploraron diferentes valores como 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, considerado lo reportado en las validaciones de 40 (Garner & Garfinkel, 1979) y 26 reactivos (Garner et al., 1982) y la validación

Tabla 4. Correlaciones entre subescalas y totales de instrumentos

	EAT-18			Puntuación total
	Factor 1. Restricción alimentaria	Factor 2. Sintomatología Bulímica	Factor 3. Control de la comida	
Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)				
Impulso	.49**	.69**	.086	.62**
Bulimia	.33**	.58**	.065	.47**
Insatisfacción Corporal	.42**	.60**	.31**	.48**
Ineficacia	.45**	.46**	.21**	.45**
Perfeccionismo	.34**	.28**	.035	.34**
Desconfianza	.39**	.30**	.17**	.34**
Conciencia	.45**	.43**	.033	.46**
Miedo	.41**	.34**	.19**	.36**
EDI Total	.56**	.74**	.076	.68**
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)				
Ansiedad	.48	.50	.16**	-.49
Depresión	.38	.38	.11**	-.38
HADS Total	.39	.42	.15**	.41

Nota. ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

Tabla 5. Valores de sensibilidad y especificidad para el EAT-18

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
15	100%	74%
16	100%	71%
20	100%	58%
21	100%	53%
22	100%	49%
23	100%	45%
24	100%	39%

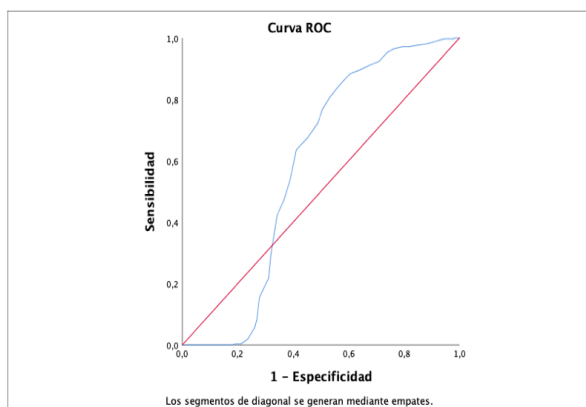


Figura 2. Curva de ROC del EAT-18 en la población Mexicana

mexicana anterior (Unikel-Santoncini et al., 2006) (Ver Tabla 5).

Los valores de sensibilidad y especificidad fueron graficados por medio de una Curva COR (Curva de Rendimiento Diagnóstico), al hacer los análisis se observó que el punto de corte de 15 era el más adecuado para identificar a las pacientes con AN y BN (Figura 2), ya que presentó el mejor equilibrio entre sensibilidad (100%) y especificidad (74%). A partir de esto, se puede afirmar que el EAT-18 con el punto de corte de 15 mostró una adecuada especificidad y sensibilidad para la población mexicana.

Discusión

Los trastornos alimentarios son enfermedades mentales graves con un alto y comorbilidades fisiológicas. Su curso es a menudo complicado y crónico. De esta manera, tanto la prevención de las psicopatologías alimentarias como su identificación en personas con alto riesgo es un tema importante que debe ser atendido por profesionales de la salud mental. El objetivo del presente estudio fue desarrollar y validar una versión abreviada del EAT. En particular, examinar el número de factores, consistencia interna y validez en población clínica. Dado lo anterior, las hipótesis que se plantearon fueron las siguientes: H1: la escala mostrará tres factores H2: la escala tendrá una buena consistencia interna y validez. H3: la puntuación total estará correlacionada positivamente con la escala EDI, y de ansiedad.

De acuerdo a lo anterior, los resultados mostraron que la estructura original de tres factores del EAT-26 se replicó satisfactoriamente en nuestro estudio. Aunque la presente investigación se basó en el modelo del EAT-18 (Mañano et al.,

2013a), en el que se propuso seis factores, al momento de realizar el AFE la estructura factorial coincidió con la original. De esta forma, la estructura del EAT es controversial. La más adoptada consta de tres factores, inicialmente nombrados como: Dieta, bulimia y preocupación por la comida (Garneret et al., 1982). Sin embargo, varios análisis factoriales de los ítems del EAT-26 se han realizado, con soluciones que dan de resultado tres componentes (Berger et al., 2012; Rivas et al., 2010; Siervo et al., 2005) cuatro o cinco factores (Lugo-Salazar & Pineda-García, 2020; Maiano et al., 2013a; Nunes et al., 2005). En el presente estudio se decidió confirmar el análisis a partir del AFC y esto dio lugar a una mayor validez de la investigación. De esta forma, la primera hipótesis del estudio fue aceptada ya que la escala mostró tres factores y de igual manera confirma lo investigado por Maiano et al (2013).

Por otro lado al analizar la consistencia interna del instrumento mostro excelente confiabilidad la cual fue de .89. Asimismo, los análisis de las subescalas también mostraron una consistencia interna adecuada (que van desde 0.81 a 0.89). Estos coeficientes llamaron la atención ya que una subescala solo tenía tres ítems. Se sabe que los coeficientes son fuertes y positivamente afectado por el número de ítems en una escala (Streiner, 2003). Estos resultados coinciden con otras validaciones del EAT que se han realizado en las que el alpha oscila entre .80 y .88 (Lugo-Salazar & Pineda-García, 2020; Richter et al., 2016; Rivas et al., 2010; Siervo et al., 2005). Se ha mencionado que para escalas cortas, un valor alfa de Cronbach que oscila entre 0.8 y 0.9 es considerado "ideal" lo que destaca la gran fiabilidad de nuestro instrumento (Fekih-Romdhane et al., 2022).

En cuanto a la validez ésta se demostró a través del AFE y AFC. Al realizar el AFE se propuso una estructura de tres factores como el instrumento original, la cual fue confirmada con el AFC quedando conformados de la siguiente manera: 1) Restricción Alimentaria, 2) Síntomas bulímicos 3) Control de la comida y el peso. No obstante nuestra versión no coincidió con otras versiones ya que se ha mencionado que en muestra clínica es mejor tener adaptaciones unidimensionales (Fekih-Romdhane et al., 2022; Richter et al., 2016) esto para una mayor rapidez tanto de aplicación como de calificación, sin embargo, a pesar de que la

estructura del EAT ha variado, generalmente, ha demostrado tener una buena validez.

Por otro lado, se apoyó la validez convergente de la escala, con la puntuación total del instrumento la cual, correlacionó significativa y positivamente con otra medida de constructos similares (EDI-2 puntajes de subescalas y total). Por lo tanto, los puntajes del EAT-18 evaluaron adecuadamente los trastornos alimentarios y las creencias desadaptativas asociadas en la muestra clínica. Esto se relaciona con otra investigación que encontró que el puntaje total del EAT-26 estuvo correlacionado con otras medidas de trastornos alimentarios (Rivas et al., 2010).

Además, para analizar la validez divergente se exploró la relación entre el EAT-18 y la escala HADS. Los análisis revelaron resultados significativos sólo con la subescala de ansiedad, esto concuerda con investigaciones previas (Dakanalis et al., 2018), en las que frecuentemente existe una asociación entre ambas entidades. De hecho, la evidencia acumulada apunta a una superposición significativa entre los TCA y la ansiedad; con factores de riesgo compartidos, síntomas clínicos, perfiles temperamentales y diversas comorbilidades (Taylor et al., 2021).

Al analizar la sensibilidad y especificidad del instrumento, se propuso un punto de corte de 15, confirmado en el estudio con el análisis de la curva ROC, esto permitió discriminación entre pacientes con trastorno alimentario y controles saludables. En este sentido, algunos autores (Sellbom & Tellegen, 2019) han argumentado que la selección de la puntuación de corte óptima para cualquier medida es una decisión más subjetiva, basada en los costos y beneficios de los pacientes y los profesionales sanitarios, relativos de las decisiones correctas, y teniendo en cuenta las probabilidades de referencia, así como la forma en que se realiza la prueba (Calugi et al., 2018).

Dado lo anterior, la literatura sobre trastornos alimentarios respalda la idea de que las medidas de detección con una sensibilidad menor al 100 % puede ser aceptable. Diversos investigadores que han probado otros dos instrumentos para TCA como medidas de cribado, como el EDE-Q y el SCOFF (Ganson et al., 2022; Koyanagi et al., 2016; Sánchez-Armas et al., 2012) han aceptado sensibilidades aceptadas del 80% y 72%, respectivamente. De esta forma, en nuestro estudio

la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 74%, esto concuerda con otras validaciones del EAT que también probaron diversos puntos de corte (Castro et al., 1991; Constaín et al., 2017; de Irala et al., 2008; Richter et al., 2016).

Por último, se deben de destacar las fortalezas del estudio. Primeramente, el tamaño de la muestra fue adecuado para realizar los análisis. Se obtuvo un buen número tanto de muestra clínica como controles, permitiendo obtener un punto de corte adecuado. Además, validar y examinar las propiedades psicométricas de una versión abreviada del EAT puede representar un avance significativo para el área de los TCA. Al mismo tiempo, algunas limitaciones deben ser reconocido y abordado en futuras investigaciones. La principal limitación radica en la falta de participantes varones excluyendo cualquier generalización de los resultados en ellos.

Finalmente, este estudio buscó examinar las propiedades psicométricas del EAT-18 en población mexicana; y presentó pruebas de que podría ser utilizado para la detección y la investigación de TCA, ya que es una medida válida y confiable. Los hallazgos respaldan que la escala es conveniente para su uso en la práctica clínica, intervenciones preventivas e investigación futura con esta escala en nuestro país.

Referencias

- Álvarez, G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- APA, 2014 American Psychiatric Association (APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology, and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Linketsky, M. (2021). The Eating Disorders Recovery Questionnaire: Psychometric properties and validity. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 26(8), 2633-2643. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01139-y>
- Barriguete Meléndez, J. A., Pérez Bustinzar, A. R., Vega, R., Barriguete, P., & Rojo Moreno, L. (2017). Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130.
- Berger, U., Hentrich, I., Wick, K., Bormann, B., Brix, C., Sowa, M., Schwartz, D., & Strauß, B. (2012). Eignung des «Eating Attitudes Test» EAT-26D zur Erfassung riskanten Essverhaltens bei 11- bis 13-Jährigen und Vorschlag für eine Kurzversion mit 13 Items. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 223-226. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1308994>
- Calugi, S., Sartirana, M., Milanese, C., El Ghoch, M., Riolfi, F., & Dalle Grave, R. (2018). The clinical impairment assessment questionnaire: Validation in Italian patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 685-694. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0477-2>
- Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 49. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>
- Carrard, I., Rothen, S., & Rodgers, R. F. (2020). Body image and disordered eating in older women: A Tripartite Sociocultural model. *Eating Behaviors*, 38, 101412. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101412>
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-189.
- Constaín, G. A., Rodríguez-Gázquez, M. de los Á., Ramírez Jiménez, G. A., Gómez Vásquez, G. M., Mejía Cardona, L., & Cardona Vélez, J. (2017). Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina

- de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 49(4), 206-213.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Colmegna, F., Riva, G., & Clerici, M. (2018). Classifying binge eating-disordered adolescents based on severity levels. *Journal of Adolescence*, 62(1), 47-54.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.10.003>
- De Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M. A., & Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130(13), 487-491.
<https://doi.org/10.1157/13119489>
- Fekih-Romdhane, F., Obeid, S., Malaeb, D., Hallit, R., & Hallit, S. (2022). Validation of a shortened version of the Eating Attitude Test (EAT-7) in the Arabic language. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 127.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00651-5>
- Ganson, K. T., Cuccolo, K., & Nagata, J. M. (2022). Associations between psychosis symptoms and eating disorders among a national sample of U.S. college students. *Eating Behaviors*, 45, 101622.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101622>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24-29.
<https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Hilbert, A., Hildebrandt, T., Agras, W. S., Wilfley, D. E., & Wilson, G. T. (2015). Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 649-654.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000018>
- Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2016). Psychotic-like experiences and disordered eating in the English general population. *Psychiatry Research*, 241, 26-34.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.045>
- Lugo-Salazar, K. J., & Pineda-García, G. (2020). Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-16. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i2.3141>
- Lutter, M. (2017). Emerging Treatments in Eating Disorders. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 14(3), 614-622.
<https://doi.org/10.1007/s13311-017-0535-x>
- Mañano, C., Morin, A. J. S., Lanfranchi, M.-C., & Therme, P. (2013a). The Eating Attitudes Test-26 revisited using exploratory structural equation modeling. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 775-788.
<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9718-z>
- McEnery, F., Fitzgerald, A., McNicholas, F., & Dooley, B. (2016). Fit for purpose, psychometric assessment of the Eating Attitudes Test-26 in an Irish Adolescent Sample. *Eating Behaviors*, 23, 52-57.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.07.006>
- McLaughlin, E. (2014). The EAT-16: Validation of a Shortened Form of the Eating Attitudes Test. (thesis)
- Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., & Mari, J. J. (2005). The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38, 1655-1662.
<https://doi.org/10.1590/S0100-879X2005001100013>
- Ondé, D., & Alvarado, J. M. (2022). Contribución de los Modelos Factoriales Confirmatorios a la

- Evaluación de Estructura Interna desde la Perspectiva de la Validez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 66, 5-21
<https://doi.org/10.21865/RIDEP66.5.01>
- Posluszny, H., Quick, V., & Worobey, J. (2022). Disordered eating in college women: Associations with the mother–daughter relationship and family weight-related conversations. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(1), 243-251.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01175-8>
- Richter, F., Strauss, B., Braehler, E., Altmann, U., & Berger, U. (2016). Psychometric properties of a short version of the Eating Attitudes Test (EAT-8) in a German representative sample. *Eating Behaviors*, 21, 198-204.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.006>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044-1056.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600002687>
- Rojas, A. T., & García-Méndez, M. (2016). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação*, 45, 85-97 <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>
- Sánchez-Armas, O., Drumond-Andrade, F. C., Wiley, A. R., Raffaelli, M., & Aradillas-García, C. (2012). Evaluación del desempeño psicométrico del cuestionario SCOFF en una muestra de adultos jóvenes mexicanos. *Salud Pública de México*, 54(4), 375-382.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35252>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8, 23-74.
- Sellbom, M., & Tellegen, A. (2019). Factor analysis in psychological assessment research: Common pitfalls and recommendations. *Psychological Assessment*, 31, 1428-1441.
<https://doi.org/10.1037/pas0000623>
- Siervo, M., Boschi, V., Papa, A., Bellini, O., & Falconi, C. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 10(2), 76–82.
<https://doi.org/10.1007/BF03327528>
- Stice, E., & Desjardins, C. D. (2018). Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 52-62.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.03.005>
- Streiner, D. L. (2003). Being Inconsistent About Consistency: When coefficient Alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 217-222.
https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8003_01
- Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_1), i3-i10.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208>
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S., & Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT—R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.119>
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Carreño-García, S., & Caballero, A. (2006). Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Salud Mental*, 29(2).
- Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120.
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Vázquez, R., Álvarez, G.L. y Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales CIMEC, en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-

24.

Vincent, M. A., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (1999). Factorial validity of the Bulimia Test-Revised in adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1129-1140.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00199-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00199-5)

Wang, R., Gan, Y., Wang, X., Li, J., Lipowska, M., Izydorczyk, B., Guo, S., Lipowski, M., Yang, Y., & Fan, H. (2022). The mediating effect of negative appearance evaluation on the relationship between eating attitudes and sociocultural attitudes toward appearance. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 776842.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.776842>

Welch, G., Hall, A., & Walkey, F. (1988). The factor structure of the eating disorders inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 51-56.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198801\)44:1<51::AID-JCLP2270440111>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198801)44:1<51::AID-JCLP2270440111>3.0.CO;2-4)

Williamson, D. A., Anderson, D. A., Jackman, L. P., & Jackson, S. R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. En *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 347-386). Sage Publications, Inc.

Wilmskoetter, J., Bonilha, H., Hong, I., Hazelwood, R. J., Martin-Harris, B., & Velozo, C. (2019). Construct validity of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 549-559.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1398787>

Zeidan, R. K., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Kheir, N., Hallit, S., & 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(1), 40.

<https://doi.org/10.1186/s40337-019-0270-2>

Behar, R. (2018). *Trastornos alimentarios en mujeres*. Scielo

<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300177>