



# Psicopatología específica de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCAs). La escala ES-EDE como instrumento diagnóstico.

Tesis doctoral de  
**Ane Miren URIBE UGARTE**

Dirigida por los profesores:

Imanol Amayra Caro, Catedrático de Psicología  
Jon Leonardo Aurtenetxe, Catedrático de Sociología.

Programa de Doctorado de Psicología  
Universidad de Deusto – Bilbao  
Enero – 2016



*A mis padres, Joseba y Ana Mari,  
que me soñaron libre y  
pusieron alas a mis sueños.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

*A las pacientes que sufren, a quienes me debo, a quienes nos debemos, que se debaten con el miedo y luchan para no rendirse, que ponen en nuestras manos, su yo más sagrado, su dolor y su fragilidad, en la confianza de que lograremos descifrar sus códigos, entender su lenguaje y acercarnos a ellas para construir puentes que les permitan transitar hacia la esperanza.*

*A los directores de este trabajo: A José Ignacio Ruiz Olabuénaga, a quien hoy echo de menos, fue él quien vio nacer este proyecto, quien lo guió e impulsó con la curiosidad, la intensidad y la genialidad que le caracterizaban. Espero ser capaz de conservar y transmitir aunque solo sea una pequeña parte de su espíritu crítico.*

*A Jon Leonardo Aurtenetxe, gracias por haberme tendido la mano sin condiciones, ayudándome, sin forzar la realidad, a destrabar el tiempo. Gracias por enseñarme a mirar más allá de lo aparente, convirtiendo cada encuentro en oportunidad para el debate libre y genuino, ese que alimenta el alma y enriquece la mente.*

*A Imanol Amayra Caro, por haber aceptado compartir este proyecto, gracias por sus recomendaciones, sugerencias y consejos, por estimularme, alentarme y acompañarme a lo largo de este trayecto.*

*Quiero agradecer también al Prof. Christopher Fairburn y al equipo del Warneford Hospital de la Universidad de Oxford, el haber depositado su confianza en nosotros, facilitando la formación, el soporte técnico y la supervisión necesarias para llevar este trabajo a buen puerto.*

*A mis compañeras y compañeros, amigos y amigas, que en esta larga travesía, habéis compartido mis desvelos, allanado el camino, permanecido a mi lado y hoy os alegráis conmigo.*

*A mi familia, los Uribe, los Ugarte y los Bikim, especialmente a Libe, Hana y Baran, con quienes he recuperado el palpito de la vida y son nuestra esperanza.*

*Nada de esto hubiera sido posible sin mis padres, Joseba y Ana Mari que me soñaron libre y pusieron alas a mis sueños, dibujando para mí una travesía llena de oportunidades. Gracias aita por enseñarme a no rendirme y empujarme a retomar el vuelo, seguiremos celebrando la vida que fue vivida y brindando por la que viviremos. Esta tesis que es tan tuya como mía lleva un sello en dirección al cielo donde habitan dos estrellas, Iratxe y ama, que compartieron con nosotros vida y sueños.*

*A todos vosotros que sois la tierra en la que habito, desde la que cada día parto en busca de mis sueños y en la que al volver siempre recobro la paz....*

*Con toda mi gratitud.*



# Presentación

---

## Presentación

A veces es difícil explicar cuáles son las razones que llevan a que nos interese por determinados temas. No cabe duda de que detrás de toda investigación existe un desajuste, dicen los teóricos, entre la realidad vivida o experienciada y el modo en que esa misma realidad es interpretada. Sin interrogantes no hay investigación, otra cosa muy distinta es tratar de comprender cómo esta va gestándose y va centrando nuestro interés a lo largo del tiempo. Viene esto a cuento porque mi encuentro con los TCAs, tiene algo de casual, de fortuito, más en mi caso que había estado trabajando en el ámbito de los trastornos mentales severos de larga duración, una patología de base orgánica que se manifestaba con gran crudeza y generaba en los profesionales que la tratábamos un sentimiento encontrado mezcla de impotencia y de necesidad de proveer algún tipo de alivio en esa parcela de la realidad ante la cual todas las posibles respuestas se desvanecen.

Por eso al encontrarme con los TCAs, hoy puedo decir que casi por casualidad, a través de una publicación que por distintas circunstancias cayó en mis manos, un libro de dos autores Josep Toro y Enric Vilardell titulado *Anorexia nerviosa* (Toro y Vilardell, 1987), en el que ya se anticipaban muchas de las hipótesis, sugerencias y aseveraciones que con el tiempo han ido cumpliéndose fidedignamente, fue fraguando en mí una actitud mezcla entre un esnobismo, desconfianza, derivados de la creencia de que nos hallábamos ante un fenómeno de moda, pasajero; hasta un desconcierto profundo ante un tipo de patología cuya manifestación tenía aparentemente una gran dosis de banalidad (por utilizar un término suave) pero, que al mismo tiempo no dejaba de tener unos efectos profundamente demoledores.

Me resultaba complejo comprender que comportamientos fuertemente anclados en elementos culturales, pudieran tener el impacto devastador que ya empezaba visibilizarse, particularmente cuando procedía de un mundo en el que la enfermedad mental se mostraba con tremenda crudeza. Pero, paradójicamente, en este último caso a pesar de la dureza y de la impotencia sentida, la respuesta era muy fácil, su

razón de ser radicaba en déficits orgánicos. Por el contrario, en el caso de los TCAs todo se mostraba inicialmente mucho más banal; no era consciente de los efectos demoledores que la influencia de los aspectos socioculturales podía ejercer sobre el comportamiento y la salud. Hoy después de los años transcurridos, me doy cuenta del tremendo error y lo que es peor, de las enormes dificultades que presentan este tipo de patologías en las que la frontera entre lo normal, lo dominante y lo patológico está separada por una finísima línea que es sorteada una y otra vez en ambas direcciones, de ahí su dificultad de análisis y tratamiento, tal y como veremos en las páginas que siguen.

A nivel psicológico, los trastornos de la conducta alimentaria se manifiestan y desarrollan predominantemente en la adolescencia, período central para el desarrollo físico, psicológico y social de los individuos, trascendental por otra parte, en el proceso de adquisición de pautas cognitivas, emocionales y conductuales, de cuya adecuación o no, dependerá la construcción de la identidad personal. A la altura de los tiempos que corren, está fuera de toda duda que los trastornos de alimentación interfieren seriamente dicho proceso madurativo y, desgraciadamente, en ocasiones, tal interferencia resulta irreversible. Este elemento se torna especialmente importante si tenemos en cuenta que los datos apuntan hacia un aumento del número de casos en niñas de edades inferiores a las adolescentes (Hill, 1993; Hill, Olivier y Rogers, 1992).

La relevancia sanitaria del problema estriba en el aumento progresivo de demandas de ayuda que los servicios de salud de las sociedades occidentales en general y singularmente de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), han documentado en las últimas décadas; ahora bien, en qué medida este incremento de la demanda es atribuible al aumento de la incidencia o, responde a una mejor distribución de los servicios que redundaría en una detección más eficaz, resulta difícil de determinar. Y aunque con relativa frecuencia leemos en la prensa divulgativa alarmantes artículos acerca del aumento del número de personas afectadas, u oímos las voces de los profesionales de la salud en el mismo sentido, es necesario verificar dicha información, promoviendo la investigación empírica rigurosa que proporcione datos objetivos sobre

los que trabajar. Sea como fuere, el volumen y la gravedad de los casos exigen la formación de profesionales especializados y la creación de programas de atención específica.

Por todas estas razones, los trastornos de conducta alimentaria suscitan gran interés público; de hecho, en las últimas décadas vienen siendo objeto de una gran cobertura por parte de los medios de comunicación. A su vez, causan perplejidad en el seno la comunidad científica y constituyen un desafío para los clínicos (Fairburn y Harrison, 2003); desde que en los años 80 la cuestión saltara a la arena pública, (Crisp, 1990; Garfinkel y Garner, 1982; Fairburn, 2008), el esfuerzo por arrojar luz en torno a ellos no ha cesado. Así, en los últimos 30 años, el volumen de investigaciones y publicaciones sobre el tema ha crecido exponencialmente, con el objetivo de clarificar, entre otras, cuestiones como las siguientes, ¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria? ¿Dónde se encuentra el límite entre un caso y un no caso? ¿Cuántos trastornos de conducta alimentaria se existen? ¿Qué tienen en común? ¿En qué se diferencian?

La comunidad clínica y científica solo ha logrado responder, parcialmente, a algunas de estas preguntas; la discusión en torno a gran parte de ellas sigue vigente y la reciente publicación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), no ha hecho sino reavivar el debate en relación a las siguientes cuestiones: un porcentaje significativo de personas que requieren atención clínica, no encajan en las categorías actualmente definidas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones, evidenciando que la realidad clínica se muestra más compleja y poliédrica de lo que los sistemas de clasificación son capaces de reflejar; por otro lado, la inestabilidad diagnóstica que se revela al observar el curso de los TCAs, cuestiona el enfoque categórico, que concibe los fenómenos como realidades estáticas en favor de una concepción dinámica y cambiante, más acorde con los enfoques dimensionales; por último, la proliferación de categorías diagnósticas de TCA y la relajación de los umbrales exigidos para definir los casos de entidad clínica también ha sido objeto de contestación.

La posibilidad de contribuir a la clarificación de estos y otros interrogantes depende en gran medida de la disponibilidad de instrumentos fiables, sensibles y robustos que



permitan identificar los fenómenos y definirlos con precisión, describiendo las características que confieren cohesión a los TCA, trazando los límites entre normalidad y alteración, articulando un sistema que ordene las distintas expresiones de los trastornos de forma fidedigna. Este ha sido nuestro empeño en este trabajo: poner a disposición de la comunidad clínica y científica una herramienta que permita dar respuesta a los interrogantes abiertos.

Hubiéramos podido encaminarnos hacia la construcción y validación de un nuevo instrumento, pero desechamos esta posibilidad en base a los siguientes argumentos: por un lado, el proceso de construcción de un instrumento de evaluación psicológica exige un profundo conocimiento de la realidad a evaluar, un gran dominio metodológico, además del esfuerzo en recursos económicos y personales; por el otro, si algo caracteriza a la psicología científica actual es la multiplicidad y diversificación de instrumentos que miden el mismo constructo, lo que hace sumamente difícil establecer comparaciones entre los estudios y, aún más, obtener conclusiones que permitan avanzar en el conocimiento teórico y aplicado. Por el contrario, pensamos que si el esfuerzo dirigido a la construcción de nuevos instrumentos se canalizara hacia el perfeccionamiento de los ya existentes, se lograría un avance más sólido en nuestra área de conocimiento.

Las razones aquí expuestas aconsejaron que optáramos por la segunda de las posibilidades planteadas, es decir, adaptar y validar una entrevista, más concretamente el EDE 12.0D, que evalúa la psicopatología específica de los TCA, establece la frontera en casos y no casos y permite emitir un diagnóstico; se trata además, de un instrumento científicamente probado, que cuenta con un amplio respaldo a nivel internacional, tanto para su aplicación en el ámbito clínico como en el ámbito de la investigación.

A pesar de ello, no debemos olvidar que la adaptación transcultural de instrumentos psicológicos plantea algunos desafíos y aunque el análisis científico de los fenómenos exige que la selección de indicadores de evaluación sea lo más universal posible, los

fenómenos con fuertes componentes socioculturales, como es el caso de los TCAs, poseen un nivel de ductilidad y especificidad muy elevado; por ello, cuando utilizamos instrumentos importados de otras culturas, es preciso maximizar la prudencia y la cautela, a fin de garantizar la validez ecológica de los mismos. Desde la convicción de que es necesario depurar y mejorar los instrumentos de detección y análisis, es desde nos hemos movido para realizar el trabajo que presentamos, en la confianza de que, en el caso que nos ocupa, no se haga realidad la idea del filósofo italiano, Giorgio Agamben, quien afirma en una entrevista que *el pensamiento es la valentía de la desesperanza*. Todo lo contrario, esperemos que sea la *osadía* para alcanzar la buena vida socrática.

### **Objetivos y alcance de la investigación.**

Todo conocimiento implica destacar aquellos aspectos de la realidad que son significativos desde el punto de vista del observador, la ciencia avanza a través del desvelamiento de la realidad estableciendo objetivos que deben ser analizados y contrastados acorde al marco teórico del que se parte. Decimos esto, porque también en el caso de los TCAs los objetivos de la investigación vienen condicionados, en gran medida, por el marco interpretativo del que se parte. Como se ha dicho anteriormente los TCAs son una patología moderna en el contexto de una sociedad occidental en el que determinados valores vinculados al cuerpo y la imagen adquieren preeminencia hasta el punto de condicionar la definición de lo que es normal y lo que es patológico.

La investigación que presentamos pretende recoger estos síntomas, operacionalizarlos y definir de forma rigurosa las diversas expresiones que adoptan. En este sentido, este trabajo avanza de forma tentativa desde en primer lugar, la adaptación de una herramienta, en este caso la entrevista EDE 12.0D, contrastada en otros contextos a fin de comprobar su aplicabilidad al contexto que nos ocupa. Este objetivo inicial plantea dos cuestiones a resolver, una de carácter conceptual y semántico a la cual hemos tenido que prestar una especial atención, adaptando una herramienta elaborada en

otro idioma y otra de carácter sociocultural, nos referimos a la dificultad de adaptar las categorías en términos de hábitos alimenticios de un contexto a otro.

Una vez adaptada la herramienta, el segundo objetivo de este trabajo ha consistido en tratar de poner a prueba su fiabilidad, su validez y su sensibilidad. Como creemos queda evidenciado en las páginas que siguen este objetivo se ha confirmado parcialmente, al no haber podido trasladarse miméticamente el constructo concebido por los autores a nuestro caso.

Como es de sobra conocido, validez y consistencia apunta a dos aspectos complementarios. La consistencia es sinónimo de fiabilidad y se erige en indicador de la capacidad que tiene la herramienta para medir con precisión, en este caso, el tema objeto de estudio los TCA. La validez nos asoma a la necesidad de utilizar criterios externos de contrastación y tiene como objetivo analizar el grado de convergencia de la escala ES-EDE con otras herramientas de diagnóstico, en nuestro caso, los sistemas de clasificación DSM-IV y DSM-5.

### **Hipótesis de trabajo.**

Como en cualquier manual de investigación aparece, el concepto de hipótesis nos remite a dos ideas fundamentales hypo: lo que está debajo y thesis: lo que se afirma; esto significa que las hipótesis son enunciados que deben ser contrastados bien en términos de verificación o de refutación.

En el caso que nos ocupa se han planteado tres grandes hipótesis de trabajo, que exponemos a continuación:

En primer lugar, pretendemos contrastar la hipótesis nula según la cual la escala ES-EDE traducida a nuestro contexto reproduce fielmente la escala original. El hecho de que todos los ítems se agrupen en un solo factor es la expresión más palpable de que la escala tiene un alto grado de consistencia interna y de discriminación de las conductas patológicas de las que no lo son.

La segunda hipótesis de trabajo defiende la idea de que, a pesar del grado de consistencia interna de los ítems propuestos, no existe correspondencia entre las subescalas formuladas desde la perspectiva teórico conceptual con aquellas que se derivan del análisis de la realidad. Desde nuestro punto de vista, esto podría deberse a la distorsión subyacente que ejerce el sistema sociocultural sobre la formulación de algunos de los ítems, más concretamente, podría deberse al sesgo implícito de algunos reactivos como: *Importancia del peso y la figura*, que evalúa una creencia altamente generalizada en el conjunto de la población, lo cual dificulta su poder discriminador.

La tercera hipótesis de trabajo tiene que ver con la capacidad discriminadora de la escala y su capacidad de aplicación para la detección de las categorías diagnósticas. Pretendemos demostrar cómo la dificultad de discriminación de las expresiones patológicas intermedias tiene su correlato en el propio comportamiento diagnóstico, nos referimos al hecho de que las categorías diagnósticas no reflejan una lógica incremental.

### **Metodología.**

La metodología hace referencia al modo de acercamiento a la realidad, en este sentido la tesis que presentamos es, por un lado, un trabajo teórico interpretativo, que persigue fundamentar adecuadamente las bases teóricas desde las que abordar la definición del análisis de la realidad, la tesis persigue demostrar empíricamente las características psicopatológicas y la prevalencia de los TCA en el colectivo analizado.

*Adaptación de la escala original EDE.* Se aplicó un riguroso procedimiento de retrotraducción o traducción inversa a través de cuatro controles sucesivos: en primer lugar, un panel de expertos revisó la traducción provisional del instrumento; en segundo lugar, un grupo representativo de la población blanco examinó la adecuación de las preguntas; en tercer lugar, un traductor *ciego* a la versión original elaboró una traducción inversa y en cuarto lugar, el autor de la versión original del instrumento revisó las dos versiones inglesas, la original y la retrotraducción. Una vez adaptada la

entrevista se propició la formación a los entrevistadores a fin de garantizar la adecuada administración de la herramienta.

*Selección de la muestra.* El instrumento se sometió a prueba en una muestra compuesta por 145 personas, todas ellas mujeres, distribuidas en tres grupos, un grupo clínico con diagnóstico de TCA y dos grupos de contraste sin diagnóstico de TCA, uno compuesto por restrictoras y otro por no restrictoras que no ejercían ningún intento de control sobre la ingesta. La muestra clínica procedía de cuatro dispositivos de Osakidetza: Unidad de Psiquiatría del Hospital de Galdakao, Centro de Salud Mental de Ortuella, Centro de Salud Mental de Uribe Costa y la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto.

*Técnicas estadísticas de análisis.* Para la realización de este estudio se combinaron distintas técnicas de análisis. En la fase descriptivo-exploratoria cuyo objetivo era identificar las dimensiones o factores subyacentes, se utilizó el análisis factorial de componentes principales. Como se ha dicho anteriormente el objetivo era contrastar la estructura subyacente de la escala en orden a corroborar las dimensiones propuestas por los autores de la versión original. En la parte más vinculada al análisis confirmatorio del trabajo y asociada a la validez, se utilizó la técnica de análisis discriminante que nos permite conocer el grado de coincidencia de los diagnósticos internos y externos a través de la matriz de confusión validada. Por último, en el trabajo se elaboraron índices diagnósticos complejos que se utilizaron en el análisis diagnóstico para medir la correspondencia de los juicios derivados del ES-EDE en relación a aquellos otros obtenidos a partir de los sistemas diagnósticos DSM-IV y DSM-5.

### **Estructura del trabajo.**

El trabajo que se presenta a continuación está estructurado en dos partes una de carácter teórico conceptual y la otra de carácter empírico. En el enfoque de esta obra hemos optado en primer lugar por hacer un repaso de los aspectos fundamentales que tienen que ver con los TCA e indagar aquellos autores más relevantes que en la

actualidad han profundizado sobre este tema emergente que, como aparece a lo largo la obra, expresa toda una serie factores que hacen de esta, una realidad difusa y cambiante que dificulta enormemente su aprehensión y objetivación en una serie de categorías independientes del contexto. La segunda parte más vinculada al análisis de la realidad tiene que ver con aspectos más instrumentales que tratan de medir y cuantificar el fenómeno en estudio. El trabajo está dividido en nueve capítulos que se agrupan en cuatro grandes apartados: Marco teórico-conceptual, Metodología de Investigación, Resultados: Análisis y Discusión, y una última sección de Conclusiones. A continuación pasamos a describir más pormenorizadamente cada uno de ellos.

El primer apartado, consiste en una revisión de carácter Teórico-conceptual, *Los trastornos de la conducta alimentaria: el estado de cuestión*; en él se define el objeto de estudio de este trabajo. En el intento por responder a la pregunta ¿qué son los TCAs?, aborda dos cuestiones fundamentales que siguen, a día de hoy, constituyendo fuente de controversia científica: la primera, se desarrolla bajo el epígrafe *Psicopatología específica de los TCAs* y se refiere a los elementos que les dotan de cohesión y definen su identidad común: la sobrevaloración del peso y la figura, la dieta extrema, los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas. La segunda, bajo el epígrafe, *Diagnóstico y clasificación de los TCAs*, afecta al establecimiento de demarcaciones entre normalidad y patología, más concretamente, respecto a lo que constituye un caso de entidad clínica y, a la oportunidad o no de dividir la categoría global de TCAs en categorías discretas; con este fin, se acomete una revisión crítica de las dos últimas propuestas de clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV y DSM-5. El apartado concluye argumentando la pertinencia de desarrollar una versión adaptada del Eating Disorder Examination (EDE 12.0D), dado que el instrumento proporciona información en relación a ambos.

El segundo apartado *Metodología de la Investigación* expone los objetivos y las hipótesis; asimismo, dada la relevancia que tiene la obtención de una versión equivalente a la versión original del EDE, se describe minuciosamente el procedimiento de adaptación que se diseñó a fin de lograr este objetivo. Adicionalmente, se describe

el entrenamiento en la administración y codificación de la entrevista que se utilizó para garantizar la competencia de los jueces. Por último, en el apartado se incluyen otras cuestiones relacionadas con la descripción de la muestra, las variables seleccionadas y la justificación de las técnicas de análisis a utilizar. Se aporta un diseño del esquema general metodológico que desde nuestro punto de vista resulta enormemente ilustrativo, ver página 152.

El tercer apartado acomete el *Resultados: Análisis y Discusión* que incluye los capítulos del tres al ocho. El capítulo tercero aborda el *Análisis de la estructura latente del constructo TCA* está orientado a la obtención de los factores y subdimensiones de la escala en orden a corroborar el modelo propuesto por los autores. Asimismo, en ese apartado se incorpora el análisis discriminante a partir del cual podemos medir el grado de validez de la escala analizando el grado de sensibilidad de la misma.

En los capítulos cuarto y quinto se examinan la calidad de los datos obtenidos a partir de la aplicación de la escala, a fin de garantizar la fiabilidad; en primer lugar, se analiza la consistencia interna de la escala y en segundo lugar, el acuerdo entre jueces que trata de establecer la concordancia en la aplicación de la escala.

Los capítulos seis, siete y ocho, por su parte, están orientados al análisis de la sensibilidad del instrumento a partir del análisis del funcionamiento de los ítems, el análisis discriminante y el análisis de la precisión diagnóstica de la escala, es decir, al análisis de la compatibilidad de los distintos sistemas de diagnóstico. En él se comparan las clasificaciones obtenidas a partir de la escala ES-EDE y las derivadas de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5.

Finalmente, en el cuarto y último apartado, *Conclusiones* con una vocación conclusivo propositiva, se subraya la pertinencia del estudio, se sintetizan los hallazgos obtenidos, se analizan las limitaciones del trabajo y se aportan algunas reflexiones de cara al futuro.

El trabajo que presentamos se acompaña de una bibliografía exhaustiva sobre el tema así como de los correspondientes anexos. A este respecto hacemos especial hincapié

en el anexo número 12 en el cual aparece recogida la escala original EDE 12.0D, la traducción inversa y la versión adaptada ES-EDE, a fin de que el lector pueda realizar un análisis comparado de las distintas versiones.

No quisiera terminar esta presentación sin agradecer públicamente a todos aquéllos que han hecho posible que este trabajo vea la luz. Todo trabajo independientemente del autor es producto de un esfuerzo colectivo, por ello, quiero agradecer a las personas e instituciones que han intervenido, en particular a las colegas que conformaron el panel de expertos, Mari José Bezanilla, Edurne Goikoetxea, Rosa Santibañez e Isabel Vielva por su corrección exhaustiva y sus inestimables sugerencias. Asimismo, a Susana Gorbeña por el excelente trabajo de traducción inversa realizado. El estudio no se hubiera podido llevar a cabo sin la participación y disponibilidad de Izaskun Andollo, Marta Egidazu y Josune Martín, que se encargaron de la recogida de datos, tanto de la administración como de la codificación de la entrevista. Por último, no me queda sino agradecer a las instituciones y al personal de los Programas de Trastornos de Alimentación de Osakidetza, Centro de Salud Mental de Ortuella, Centro de Salud Mental de Uribe Costa, Unidad de Psiquiatría del Hospital de Galdakao, Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto que confiaron en nosotros y nos facilitaron el contacto con las pacientes. A todos eskerrik asko.







# Índices

---



|                         |            |
|-------------------------|------------|
| <b>AGRADECIMIENTOS.</b> | <b>III</b> |
| <b>PRESENTACIÓN</b>     | <b>VII</b> |

## **I. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

|                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCAs): EL ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>                 | <b>3</b> |
| 1.1. ¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria?                                         | 3        |
| 1.2. El núcleo común compartido: la psicopatología específica de los TCAs                     | 5        |
| 1.2.1. Sobrevaloración del peso, la figura y su control: Delimitación conceptual              | 6        |
| 1.2.2. La dieta en los TCAs                                                                   | 16       |
| 1.2.3. Atracones                                                                              | 24       |
| 1.2.4. Métodos inadecuados de control de peso: purga y ejercicio intenso                      | 30       |
| 1.3. Diagnóstico y clasificación                                                              | 33       |
| 1.3.1. Propuesta de clasificación de los TCA del DSM IV                                       | 34       |
| 1.3.2. Propuesta de clasificación de los TCA del DSM 5                                        | 47       |
| 1.4. Devaluación de la psicopatología específica y la emisión de un diagnóstico: el EDE 12.OD | 56       |
| 1.4.1. Estructura de la entrevista EDE 12.OD                                                  | 60       |
| 1.4.2. Sistema de puntuaciones de los ítems pertenecientes a las subescalas                   | 61       |
| 1.4.3. Cualidades psicométricas del EDE 12.OD                                                 | 62       |

## **II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2. METODOLOGÍA</b>                                                             | <b>67</b> |
| 2.1. Presentación                                                                 | 67        |
| 2.2. Objetivos                                                                    | 68        |
| 2.3. Hipótesis de investigación                                                   | 71        |
| 2.4. La adaptación de la escala original EDE.12.OD                                | 72        |
| 2.4.1. Planteamiento general                                                      | 72        |
| 2.4.2. Traducción de la versión original inglesa del EDE 12.OD al idioma objetivo | 73        |
| 2.4.3. Primer control. Panel de expertos                                          | 79        |
| 2.4.4. Segundo control. Análisis de ítems con población blanco                    | 93        |
| 2.4.5. Tercer control. Traducción inversa                                         | 103       |
| 2.4.6. Cuarto control. Comparación de las versiones: original e inversa           | 104       |
| 2.5. Entrenamiento.                                                               | 110       |
| 2.5.1. Selección de los participantes en el entrenamiento                         | 111       |
| 2.5.2. Procedimiento                                                              | 111       |
| 2.5.3. Algunas consideraciones finales                                            | 128       |
| 2.6. El problema de la muestra                                                    | 129       |
| 2.6.1. Contacto y preparación de la muestra                                       | 129       |
| 2.6.2. Descripción y distribución de la muestra                                   | 132       |
| 2.7. Variables e instrumentos                                                     | 137       |
| 2.7.1. Variables clínicas                                                         | 137       |
| 2.7.2. Variables y medidas derivadas del EDE                                      | 138       |
| 2.8. Técnicas de análisis                                                         | 141       |
| 2.8.1. Análisis Factorial Exploratorio                                            | 141       |
| 2.8.2. Análisis Confirmatorio Discriminante                                       | 145       |
| 2.8.3. Análisis de los ítems de la escala ES-EDE                                  | 146       |
| 2.8.4. Análisis del Tipo de Distribución                                          | 146       |
| 2.8.5. Análisis Diagnóstico                                                       | 148       |
| 2.9. Diseño metodológico de la tesis                                              | 150       |

## **III. RESULTADOS: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

|                                                        |            |
|--------------------------------------------------------|------------|
| <b>3. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL CONSTRUCTO TCA</b> | <b>159</b> |
| 3.1. Obtención de los factores explicativos            | 159        |
| 3.2. Evaluación del ajuste                             | 160        |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.3.                    | Explicación a partir de la rotación factorial                                                                                                                                                                                          | 163 |
| 4.                      | <b>ANÁLISIS DEL GRADO DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA ES-EDE</b>                                                                                                                                                                  | 166 |
| 4.1.                    | Objetivo                                                                                                                                                                                                                               | 166 |
| 4.2.                    | Resultados                                                                                                                                                                                                                             | 167 |
| 5.                      | <b>ACUERDO ENTRE JUECES</b>                                                                                                                                                                                                            | 172 |
| 5.1.                    | Objetivos                                                                                                                                                                                                                              | 172 |
| 5.2.                    | Diseño metodológico                                                                                                                                                                                                                    | 172 |
| 5.3.                    | Participantes                                                                                                                                                                                                                          | 173 |
| 5.4.                    | Procedimiento                                                                                                                                                                                                                          | 173 |
| 5.5.                    | Resultados                                                                                                                                                                                                                             | 174 |
| 5.6.                    | Conclusiones                                                                                                                                                                                                                           | 175 |
| 6.                      | <b>FUNCIONAMIENTO DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA ES-EDE</b>                                                                                                                                                                                 | 177 |
| 6.1.                    | Objetivos                                                                                                                                                                                                                              | 177 |
| 6.2.                    | Procedimiento                                                                                                                                                                                                                          | 177 |
| 6.3.                    | Resultados                                                                                                                                                                                                                             | 179 |
| 6.3.1.                  | Perfiles psicopatológicos                                                                                                                                                                                                              | 179 |
| 6.3.2.                  | Concordancia/Discordancia de los diagnósticos                                                                                                                                                                                          | 180 |
| 6.4.                    | Conclusiones                                                                                                                                                                                                                           | 182 |
| 7.                      | <b>LA VALIDEZ DE LA ESCALA ES-EDE: ANÁLISIS DISCRIMINANTE</b>                                                                                                                                                                          | 185 |
| 7.1.                    | Variables discriminantes y matrices de confusión                                                                                                                                                                                       | 186 |
| 7.1.1.                  | Selección de variables: fundamentos                                                                                                                                                                                                    | 186 |
| 7.1.2.                  | Matriz de confusión                                                                                                                                                                                                                    | 192 |
| 8.                      | <b>PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ESCALA ES-EDE</b>                                                                                                                                                                                       | 194 |
| 8.2.                    | Codificación y valoración de los ítems diagnósticos                                                                                                                                                                                    | 195 |
| 8.3.                    | Resultados                                                                                                                                                                                                                             | 196 |
| 8.3.1.                  | Análisis comparativo del diagnóstico clínico y el DSM IV                                                                                                                                                                               | 196 |
| 8.3.2.                  | Análisis comparativo del diagnóstico clínico y el DSM 5                                                                                                                                                                                | 197 |
| 8.3.3.                  | Grado de concordancia: entre la intensidad patológica y el diagnóstico clínico                                                                                                                                                         | 199 |
| 8.3.4.                  | Análisis comparativo pormenorizado de los sistemas de diagnóstico: análisis de casos                                                                                                                                                   | 201 |
| 8.4.                    | Conclusiones                                                                                                                                                                                                                           | 204 |
| <b>IV. CONCLUSIONES</b> |                                                                                                                                                                                                                                        |     |
| 9.                      | <b>CONCLUSIONES</b>                                                                                                                                                                                                                    | 211 |
| 9.1.                    | ¿Es pertinente un estudio sobre la psicopatología y el diagnóstico de los TCA?                                                                                                                                                         | 211 |
| 9.2.                    | Potencialidades y limitaciones del ES-EDE                                                                                                                                                                                              | 212 |
| 9.2.1.                  | ¿Proporciona la versión adaptada del EDE (ES-EDE) medidas fiables?                                                                                                                                                                     | 212 |
| 9.2.2.                  | ¿Reproduce la versión adaptada del ES-EDE la estructura dimensional planteada por los autores de la versión original?                                                                                                                  | 213 |
| 9.2.3.                  | ¿Se muestra la versión adaptada suficientemente sensible para discriminar a las personas que tienen trastornos de conducta alimentaria de las que no los tienen? ¿Es capaz de identificar las distintas expresiones que éstas adoptan? | 214 |
| 9.3.                    | Problemas de sensibilidad de los ítems                                                                                                                                                                                                 | 214 |
| 9.4.                    | Limitaciones de la investigación y propuestas de mejora.                                                                                                                                                                               | 215 |
| 9.4.1.                  | En relación al diseño                                                                                                                                                                                                                  | 216 |
| 9.4.2.                  | Relativas al procedimiento utilizado para configurar los grupos                                                                                                                                                                        | 216 |
| 9.4.3.                  | Discrepancias en el juicio clínico                                                                                                                                                                                                     | 216 |
| 9.4.4.                  | Desfase entre la evaluación clínica y la administración del ES-EDE                                                                                                                                                                     | 217 |
| 9.5.                    | Retos de futuro.                                                                                                                                                                                                                       | 217 |

## **V. BIBLIOGRAFÍA**

|            |                     |            |
|------------|---------------------|------------|
| <b>10.</b> | <b>BIBLIOGRAFÍA</b> | <b>225</b> |
|------------|---------------------|------------|

## **VI. ANEXOS**

|            |               |            |
|------------|---------------|------------|
| <b>11.</b> | <b>ANEXOS</b> | <b>247</b> |
|------------|---------------|------------|

# 1. INDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 1. Evolución de la definición de sobrevaloración del peso, la figura y su control en las distintas versiones del DSM.                                                  | 10  |
| Tabla 2. Evolución de la definición de atracón en las distintas versiones del DSM.                                                                                           | 25  |
| Tabla 3. Esquema del EDE para clasificar la “sobreingesta”.                                                                                                                  | 27  |
| Tabla 4. Ejemplos de casuísticas propuestas en el DSM-IV dentro de la categoría TCA no especificado.                                                                         | 46  |
| Tabla 5. Ejemplos de casuísticas propuestas en el DSM-5 dentro de la categoría TCA especificado.                                                                             | 51  |
| Tabla 6. Instrumentos para la evaluación de la psicopatología de los TCAs.                                                                                                   | 57  |
| Tabla 7. Sistema de puntuaciones de los ítems de las subescalas.                                                                                                             | 61  |
| Tabla 8. Casuística de los TCAs de acuerdo con los instrumentos diagnósticos                                                                                                 | 76  |
| Tabla 9. Traducción y adaptación términos clave DSM                                                                                                                          | 77  |
| Tabla 10. Traducción y adaptación términos clave DSM.                                                                                                                        | 78  |
| Tabla 11. Panel de expertos. Expresiones lingüísticas consideradas, sugerencias aceptadas y desestimadas. Primer control al que se sometió la primera traducción provisional | 93  |
| Tabla 12. Distribución de la muestra según grupos y niveles                                                                                                                  | 96  |
| Tabla 13. Detalle de los criterios de valoración de los ítems con los participantes                                                                                          | 97  |
| Tabla 14. Segundo control. Detalle de los criterios de valoración de los ítems con los participantes                                                                         | 102 |
| Tabla 15. Diseño y cronograma del entrenamiento del ES-EDE                                                                                                                   | 112 |
| Tabla 16. Definición de constructos. Ítems introductorios                                                                                                                    | 118 |
| Tabla 17. Ejemplo de ficha de seguimiento. Habilidades para la administración de entrevistas.                                                                                | 122 |
| Tabla 18. Ficha de seguimiento. Codificación. Modelo.                                                                                                                        | 126 |
| Tabla 19. Distribución de la muestra, promedio de edad e IMC en función del grupo.                                                                                           | 132 |
| Tabla 20. Distribución de los diagnósticos en función del centro de referencia.                                                                                              | 133 |
| Tabla 21. Distribución de la muestra en los dos grupos control en función del centro universitario.                                                                          | 134 |
| Tabla 22. Distribución del grupo clínico en función de la edad.                                                                                                              | 134 |
| Tabla 23. IMC en función de los diagnósticos y la adscripción a grupo.                                                                                                       | 136 |
| Tabla 24. Relación de dimensiones (subescalas) e ítems según EDE 12.0D                                                                                                       | 139 |
| Tabla 25. Relación de ítems diagnósticos de la escala ES-EDE                                                                                                                 | 140 |
| Tabla 26. Puntuación Total (PT) escala ES-EDE. Estadísticos descriptivos                                                                                                     | 146 |
| Tabla 27. Prueba Shapiro-Wilk relativa a la normalidad de la distribución de la variable (EDE_PT)                                                                            | 147 |
| Tabla 28. Análisis Factorial. Capacidad explicativa de los factores.                                                                                                         | 160 |
| Tabla 29. Análisis de componentes principales. Correlación de los ítems con los factores no rotados, correlación ítem-total y comunalidades.                                 | 162 |
| Tabla 30. Análisis de Componentes Principales. Rotación Varimax                                                                                                              | 164 |
| Tabla 31. Alfa de Cronbach de la escala ES-EDE al eliminar ítems                                                                                                             | 168 |
| Tabla 32. Alfa de Cronbach de la subescalas: Sobrevaloración del peso y de la figura y Restricción al eliminar los ítems                                                     | 169 |
| Tabla 33. Alfa de Cronbach para las cuatro subescalas. Análisis de los ítems representativos de cada uno.                                                                    | 170 |
| Tabla 34. Entrevistas realizadas por cada entrevistadora en función del grupo.                                                                                               | 173 |
| Tabla 35. Acuerdo entre jueces para las subescalas y la escala total del EDE original y del ES-EDE.                                                                          | 174 |
| Tabla 36. Coeficiente de Rango de Spearman. Análisis de Ítems.                                                                                                               | 175 |
| Tabla 37. Porcentajes de la concordancia entre el diagnóstico del psiquiatra y la clasificación derivada de las puntuaciones tipificadas del ES-EDE.                         | 181 |
| Tabla 38. Clasificaciones diagnósticas establecidas por el psiquiatra y recogidas en la variable: diagcrit, que van a ser corroboradas mediante el análisis discriminante    | 186 |
| Tabla 39. AD (método stepwise) Variables discriminantes obtenidas según su poder discriminador F de Fisher.                                                                  | 188 |
| Tabla 40. AD. Componentes principales obtenidos                                                                                                                              | 189 |
| Tabla 41. Detalle del AF. Correlaciones de las variables en los factores                                                                                                     | 190 |
| Tabla 42. AD. Tabla de Validación cruzada: clasificación a priori y a posteriori, probabilidades de pertenencia a cada una de las categorías diagnósticas (muestra)          | 191 |
| Tabla 43. AD. Matriz de confusión para Los resultados de validación cruzada.                                                                                                 | 192 |
| Tabla 44. Ítems diagnósticos, DIMENSIONES consideradas                                                                                                                       | 194 |
| Tabla 45. Ejemplo de algoritmo diagnóstico para la Anorexia nerviosa atípica.                                                                                                | 195 |



|                                                                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 46. Identificación de casos acorde al DSM-IV y DSM-5. _____                                                                                                                                           | 196 |
| Tabla 47. RESUMEN COMPARATIVO DE LOS DIAGNÓSTICOS _____                                                                                                                                                     | 197 |
| Tabla 48. Cuadro comparativo de equilibrio diagnóstico. _____                                                                                                                                               | 198 |
| Tabla 49. Grado de coincidencia entre la intensidad patológica según criterios escala ES-EDE y la variable diagnóstico clínico. (%) _____                                                                   | 200 |
| Tabla 50. Observaciones diagnosticadas como an según el criterio clínico. Comparación con los diagnósticos realizados según el DSMV y por la escala de Intensidad Patológica “EDE” _____                    | 201 |
| Tabla 51. Observaciones diagnosticadas como bn según el criterio clínico. Comparación con los diagnósticos realizados según el DSMV y la escala de Intensidad Patológica “EDE”. _____                       | 202 |
| Tabla 52. Observaciones diagnosticadas como tca_ne según el criterio clínico. Comparación con los diagnósticos realizados según el DSMV y la escala de Intensidad Patológica “EDE”. _____                   | 203 |
| Tabla 53. Observaciones diagnosticadas como casos en remisión (rem) según el criterio clínico. Comparación con los diagnósticos realizados por el DSMV y por la escala de Intensidad Patológica “EDE” _____ | 204 |

## 2. ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

|                                                                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1. Resumen procedimiento de traducción inversa.....                                                                                                                                                          | 74  |
| Gráfico 2. Histograma relativo a la variable Puntuación Total (PT) de la escala ES-EDE.....                                                                                                                          | 147 |
| Gráfico 3. Análisis de la Distribución de la variable Puntuación Total de la escala ES-EDE. Comparación de la distribución acumulativa teórica (normal) con la distribución acumulativa empírica (test-ES-EDE) ..... | 148 |
| Gráfico 4. Esquema general del diseño metodológico. ....                                                                                                                                                             | 152 |
| Gráfico 5. Screenplot relativo al grado de representatividad de los factores previos a la rotación, Importancia de los factores según el % de varianza explicada.....                                                | 161 |
| Gráfico 6. Correlaciones de los ítems con el factor I no rotado: Psicopatología específica de los TCA. ....                                                                                                          | 163 |
| Gráfico 7. Perfiles del ES-EDE obtenidos a partir de las puntuaciones directas tipificadas.....                                                                                                                      | 180 |





## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:

---



## **1. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCAs): EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

---

Definir el objeto de estudio constituye un requisito ineludible en toda investigación. Sin embargo, a pesar del incuestionable interés sanitario, científico y social que los TCAs han generado en las últimas décadas, resulta sorprendente comprobar que, los intentos por abordar directamente esta cuestión han sido escasos (Fairburn y Cooper, 2007). Ciertamente, sabemos más acerca de cómo operan, qué condiciones contribuyen a su aparición, qué intervenciones resultan más eficaces, o cuáles son las variables que los convierten en resistentes al cambio, pero la discusión en torno a su naturaleza sigue abierta.

El objetivo de este trabajo consiste en adaptar y validar la versión original de la entrevista inglesa Eating Disorders Examination, EDE 12.0D (Fairburn y Cooper, 1993) para su uso en castellano. Dado que el instrumento evalúa la psicopatología específica de los trastornos de conducta alimentaria y delimita la frontera entre un caso y un no caso, posibilitando, a su vez, la emisión de un diagnóstico, resulta imperativo revisar el estado de la cuestión en relación a los siguientes interrogantes: ¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria? ¿Qué es lo que los define? ¿Dónde se establece el límite entre trastorno, alteración y normalidad? ¿Cuántos tipos de trastornos existen y cuáles son las diferencias entre ellos? ¿Cuál es el mejor modo de ordenar las distintas expresiones que adoptan? A lo largo de este capítulo trataremos de desgranar estas cuestiones y revisaremos en qué punto se halla el debate en torno a cada una de ellas.

### **1.1. ¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria?**

Recientemente, se ha convenido que la presencia de un TCA exigiría tres condiciones: (a) una clara y persistente alteración de los hábitos alimentarios y/o las conductas asociadas, (b) un deterioro severo de la salud física y del funcionamiento psicosocial y (c) sin que tal alteración sea secundaria a otro trastorno médico o psiquiátrico (American Psychiatric Association, 2013; Fairburn y Harrison, 2003; Fairburn y Walsh, 1995). Reconociendo que esta definición, por su carácter general, posee la virtualidad de incorporar realidades muy diversas, se constata que peca de imprecisión ya que el concepto de trastorno nos conduce de forma

inequívoca al concepto de normalidad. Definir qué es un hábito o una conducta alimentaria alterada requiere definir la conducta normal o adecuada; en consecuencia, al aceptar la existencia de *hábitos de alimentación alterados*, elevando algunos al carácter de trastorno, estamos evaluando la adecuación o inadecuación de determinados patrones de alimentación como expresión de un modelo considerado prototípico de un patrón de normalidad. No obstante, determinar el límite entre la salud y la enfermedad, definir la frontera entre el ajuste y el desajuste, entre el equilibrio y el desequilibrio, son siempre tareas bien complejas cuando no polémicas; además, en el caso de los hábitos alimentarios plantean no pocas dificultades que iremos abordando a lo largo de este trabajo.

Los TCAs constituyen *entidades clínicas plurales y singulares*. Las definimos como *entidades clínicas* debido a que producen un deterioro severo del funcionamiento físico, cognitivo y social, que condiciona el desarrollo personal, dificulta el ajuste psicológico, obstaculiza la integración social, generando sufrimiento tanto en las personas afectadas como en su entorno y requieren de atención clínica (Fairburn y Walsh, 1995; Stice, Marti y Rodhe, 2013). Asimismo, se tratan de *entidades plurales* que adoptan manifestaciones muy diversas y complejas. Así, algunas personas restringen su ingesta o se niegan a comer, llegando a poner en riesgo su salud y su vida como consecuencia de su estado de desnutrición. Otras, por el contrario, sienten que pierden el control y que no pueden dejar de comer aunque lo deseen y ello les haga enfermar. También encontramos personas que tratan de contrarrestar una ingesta objetivamente grande, o percibida como grande, aunque de hecho no lo sea, utilizando medios que dañan su salud; por ejemplo, provocándose el vómito, utilizando laxantes o diuréticos injustificadamente, o practicando ejercicio con una intensidad o frecuencia contraindicada en términos de salud (American Psychiatric Association, 2013). Por último y a pesar de que estos trastornos adoptan manifestaciones muy diversas, todas ellas comparten unas características esenciales, que configuran lo que se ha denominado el núcleo psicopatológico de los TCAs, ese núcleo común compartido que está constituido por unas actitudes características hacia el peso, la figura y su control y que desencadenan unos tipos de conductas alteradas dirigidas a controlar el peso y la silueta corporales (Fairburn, 2008).



## **1.2. El núcleo común compartido: la psicopatología específica de los TCAs**

La psicopatología de los TCAs está constituida por componentes de carácter general y otros mucho más específicos. Los componentes generales reúnen aquellas características que los TCAs comparten con otros trastornos mentales, tal es el caso de los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad. Por su parte, los componentes específicos incluyen aquellas características que se hallan presentes en las distintas manifestaciones de los TCAs y que no aparecen en otros tipos de trastornos psicológicos. Más concretamente, la psicopatología específica de los TCA incluye una serie de actitudes peculiares hacia el peso, la figura, los alimentos y la ingesta; así como diversas manifestaciones de conducta alimentaria alterada u otras conductas asociadas. Las alteraciones conductuales más típicas incluyen la dieta extrema, la presencia de episodios bulímicos y la utilización de conductas compensatorias inadecuadas (provocación del vómito, abuso de laxantes y diuréticos y, la práctica de ejercicio intenso). Tanto los componentes generales como los específicos son importantes al definir el cuadro clínico, de cara a decidir el tipo de intervención indicado y para anticipar el pronóstico. No obstante, los componentes específicos forman parte del núcleo medular y definitorio de los trastornos que nos ocupan, más allá de las expresiones particulares que puedan adoptar; hasta el punto de que en su ausencia se hablaría de trastorno de conducta alimentaria (Cooper y Fairburn, 1987; Fairburn y Cooper, 1993; Garfinkel, 1992).

El grado de consenso en torno a la idea de que la psicopatología relacionada con el peso, la figura y su control juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de los TCAs es elevado (Wilsch y Wade, 2010). Probablemente, nos hallamos ante la característica central de los trastornos, tanto es así que, en opinión de algunos autores, el resto de los síntomas presentes en las alteraciones constituirían en realidad manifestaciones secundarias (Fairburn, 2008) aunque, como analizaremos más adelante, también se han alzado voces que lo cuestionan (Waller, 2008). La relevancia de dichas características y el hecho de que el instrumento que se pretende adaptar y validar EDE OD.12 (Fairburn y Cooper, 1993) tiene como una de sus finalidades, evaluar la psicopatología específica de los TCA, exigen que nos detengamos en su definición y clarificación.

### **1.2.1. Sobrevaloración del peso, la figura y su control: Delimitación conceptual**

Históricamente, la psicopatología del peso y la figura se ha venido describiendo mediante diversos conceptos como son: la *distorsión de la imagen corporal*, la *obsesión por la delgadez*, el *miedo a engordar* o la *insatisfacción corporal* que subrayaban aspectos dispares; algunos, como la *distorsión de la imagen corporal* ponen el acento en una disfunción perceptiva; pero, una distorsión de la percepción que actúa selectivamente sobre estímulos corporales y que no se produce en relación al tamaño o la forma de otros estímulos, resulta difícil de justificar; en otros casos como la *insatisfacción corporal*, hacen referencia a aspectos actitudinales, es decir, a los afectos y a las cogniciones asociadas al propio cuerpo; no obstante, tal como argumentaremos más adelante, también en este caso, el constructo plantea problemas: la insatisfacción corporal, aunque presente, no es exclusiva de los TCAs (Thompson, 1996). En cualquier caso, esta profusión y disparidad de propuestas revela la complejidad y la dificultad que entraña la definición de este constructo.

En la actualidad se acepta que los trastornos de conducta alimentaria compartan un sustrato psicopatológico cuyo eje central es la sobrevaloración del peso y de la figura así como su control. Sobrevalorar significa que la persona establece el *juicio sobre su valía personal* en gran medida o cuasi-exclusivamente, en función de su peso, de su figura y de su habilidad para controlarlos, hasta el extremo de situarlos por encima de la pareja, de la familia, del trabajo, de los estudios u otros ámbitos centrales del desarrollo personal (Fairburn, 2008).

La sobrevaloración destaca por la *rigidez* con la que se mantiene la conducta psicopatológica, con independencia de las circunstancias concretas en las que la persona se encuentre e ignorando las consecuencias que se derivan de su actuar acorde a tal valor. Por ejemplo, las personas que padecen anorexia nerviosa, son incapaces de relativizar el valor que le conceden al control personal y persisten en conductas que provocan la pérdida de extrema de peso, desencadenando estados de desnutrición que comportan graves riesgos para la salud y, en última instancia, una amenaza para la supervivencia (Veale, 2002).

Debemos diferenciar la sobrevaloración de la insatisfacción, ya que no se trata de conceptos equivalentes. Por un lado, la insatisfacción corporal se experimenta como desagrado

respecto a la propia apariencia y suele variar en función de los estados de ánimo o de las fluctuaciones de peso; por el contrario, la sobrevaloración del peso y la figura constituye un constructo estable, resistente a los cambios coyunturales y que ejerce un gran impacto en la autoestima (Fairburn, 2008), mientras que la insatisfacción corporal es normativa entre las mujeres occidentales (Rodin, Silvertstein y Striegel-Moore, 1984) incluidas las personas que padecen TCA. La sobrevaloración del peso y de la figura, no se halla presente entre la población general y es, sin embargo, característica en los trastornos de conducta alimentaria.

Esta diferencia a nivel teórico ha recibido también una progresiva corroboración a nivel empírico, tanto en estudios longitudinales realizados con poblaciones clínicas (Masheb, Grilo, Burke-Martindale y Rothschild, 2006) como en estudios genéticos con gemelos (Wade, Zhu y Martin, 2011).

Este constructo adopta diversas manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales, dando cuenta de su presencia (Fairburn, 2008). A nivel conductual, la importancia extrema que se concede al peso se traduce en dos tipos de conductas desajustadas, en unos casos se presenta como intolerancia, fobia o imposibilidad de enfrentarse al peso; en otros, por el contrario, se traduce en la necesidad de pesarse continuamente para confirmar que se está bajo control. Del mismo modo, la importancia extrema por la figura suele traducirse en la imposibilidad de observar el propio cuerpo, evitando mirarse en el espejo o en la ducha, o por el contrario, examinando constantemente el cuerpo, particularmente las zonas que producen desagrado; en todos los casos descritos nos hallamos ante expresiones directas de la sobrevaloración del peso y de la figura (Safran, Fairburn, Robinson y Lask, 2004), habiéndose comprobado que juegan un papel relevante en el mantenimiento de los TCAs (Safran, Lee, Payne y Fairburn, 2007).

Este problema también tiene también su reflejo a nivel cognitivo. Se manifiesta en dificultades de concentración que se desencadenan como consecuencia de los pensamientos problemáticos en relación al peso, la figura, la ingesta y los alimentos que, aun siendo específicos para cada persona, giran en torno a dos grandes temas: la delgadez y el control

(Fairburn, Marcus y Wilson, 1993; Garner, Vitousek y Pike, 1997; Wilson, Fairburn y Agras, 1997).

Se caracterizan porque son invasivos, es decir, irrumpen automáticamente ante diversos estímulos como pueden ser: pesarse, probarse una prenda de la temporada anterior, o mirarse en un espejo; su contenido no suele ser realmente coherente o explicable en base a la situación que los desencadena; suelen articularse en términos absolutos y dicotómicos, alimentos buenos: la lechuga y los yogures, las espinacas, el pavo y el pescado a la plancha o cocidos; por el contrario, el chocolate, el helado, los pasteles, la pasta, el pan y el arroz se consideran alimentos nocivos para la salud. Desde el punto de vista cognitivo, no puede desdeñarse el contenido negativo de esta actitud, hasta el punto que socava y mina la autoestima personal, desembocando al final de proceso en una autoconcepción parecida a ésta: *“siento asco de mí misma”*.

Este conjunto de pensamientos que configuran el esquema conceptual de la persona, adoptan la forma de asunciones implícitas y no articuladas, esto es, no se formulan como un pensamiento y son en consecuencia, difíciles de identificar. Algunos ejemplos de dichos presupuestos o asunciones podrían ser: *“las personas pueden lograr el cuerpo que desean si se esfuerzan lo suficiente”*, *“está claro que cada uno tiene el peso y el cuerpo que se merece”*, *“las personas delgadas son atractivas, tienen éxito en la vida y son felices”* y por ello, se infieren a partir de la conducta, extrayendo patrones o consistencias.

A nivel emocional, la sobrevaloración del peso y la figura se expresa como un miedo intenso al aumento de peso, hasta el punto de que se sienten gordas con independencia de si su percepción se ajusta a parámetros objetivos o no, asociándose a elevados niveles de malestar, angustia, sufrimiento y aflicción.

La relevancia etiológica, diagnóstica y de cara al pronóstico de la sobrevaloración del peso, la figura y su control, queda fuera de toda duda. Desde el punto de vista etiológico, se ha demostrado que juega un papel decisivo en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario (Wilsch y Wade, 2010). Por otro lado, a nivel de pronóstico, las modalidades de tratamiento que abordan la modificación de las creencias y de las actitudes

disfuncionales en relación al peso, la silueta corporal, los alimentos y la ingesta, como en el caso de la terapia cognitivo-conductual, obtienen mejores resultados que las variantes de intervención estrictamente conductuales, lo que demuestra el papel central que juega esta dimensión en el mantenimiento de los TCA (Fairburn y otros, 1995). Abundando en esta idea, la intensidad de la sobrevaloración del peso y la figura al finalizar el tratamiento parecería predecir la probabilidad de recaída (Fairburn y otros, 1993). Desde el punto de vista diagnóstico, señalaremos que la sobrevaloración del peso y la figura constituye un criterio necesario aunque no suficiente para definir la existencia o no de un trastorno del comportamiento alimentario. Tal como se refleja en la Tabla 1, esta característica que se halla invariablemente presente en las dos manifestaciones de los TCA más consolidadas: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, ha constituido un criterio para la definición de casos en las sucesivas versiones del DSM.

**Tabla 1. Evolución de la definición de sobrevaloración del peso, la figura y su control en las distintas versiones del DSM.**

| HERRAMIENTAS<br>DIAGNÓSTICAS | DEFINICIÓN DE LA SOBREVALORACIÓN DEL PESO Y LA FIGURA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                              | Anorexia<br>nerviosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Bulimia<br>nerviosa                                                                   | Trastorno de<br>Atracones |
| DSM III (1980)               | Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso. Alteración de la imagen corporal, por ejemplo, quejas de sentirse gordo incluso en estado de emaciación.                                                                                                                                                                                |                                                                                       |                           |
| DSM III R (1987)             | Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.<br><br>Alteración en la percepción del peso, talla o silueta corporal, por ejemplo la persona se queja de que se encuentra obesa, aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta desproporcionada incluso estando por debajo del peso normal. |                                                                                       |                           |
| DSM-IV (1994)                | Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.<br>Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.                                                                                   | La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.     |                           |
| DSM-5 (2013)                 | Influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación....”                                                                                                                                                                                                                                                                               | La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal | -----                     |

El DSM-5, actualmente en vigor, lo recoge tanto para la anorexia nerviosa en el criterio C *influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación*, como para la bulimia nerviosa criterio D *la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal* (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, la reciente publicación del DSM-5 que incorpora nuevas categorías diagnósticas, evidencia algunas inconsistencias en relación a este particular que serán abordadas en el siguiente apartado.

#### El origen de la sobrevaloración del peso y la figura

Sería una ingenuidad pensar que existe una única causa en la explicación del por qué determinados patrones de conducta se imponen como modelos socialmente dominantes. Ya

hace muchos años que el viejo teorema de William Thomas<sup>1</sup>, quien al estudiar el comportamiento infantil descubrió que: *“si las personas definen una situación como real, será real en sus consecuencias”* ha funcionado como un axioma prácticamente incontrovertible. Viene esto a cuento para enfatizar la importancia normativa que adquieren determinadas visiones de la realidad hasta el punto de que ejercen un gran influjo en los modos de comportamiento vigentes. Consecuentemente, contestar a la pregunta ¿Cuál es el origen de la sobrevaloración del peso y la figura? No es nada fácil, más si cabe tratando de dar una respuesta unívoca a la cuestión planteada. Pero, si a la subjetivización de la conducta expresada por Thomas añadimos la influencia de la cultura dominante, en un mundo: el de la posmodernidad, influido de acuerdo con el filósofo Lipovetsky *la ética de la seducción*<sup>2</sup> como criterio normativo dominante (en contraposición con la ética de la convicción weberiana), tenemos el marco completo para el triunfo y el despliegue de la delgadez como una herramienta axiológica, de afirmación individual y colectiva, al servicio de la construcción identitaria.

Luego la sobrevaloración del peso y la figura, hunde sus raíces en la idealización de la delgadez como modelo estético dominante de las sociedades occidentales. Creemos que esta convicción es unánimemente aceptada por la práctica totalidad de autores. Más concretamente, la delgadez simboliza competencia, control, éxito social y atractivo sexual; la obesidad, por el contrario, en la medida que erosiona el poder de atracción, se convierte en un contravalor, consecuentemente se vincula a la pereza, al abandono y a la falta de voluntad. El resultado es que las personas interiorizan patológicamente el poder taumáturgico de la delgadez y esto se traduce en un deseo exagerado de perder peso y en un miedo intenso al aumento de peso.

---

<sup>1</sup> Lo que ha sido llamado para unos “la definición de la situación”, para otros el “teorema de Thomas” ha constituido uno de los fundamentos básicos del análisis psicosociológico del comportamiento humano y ha tenido enormes repercusiones en el ámbito de la investigación de la salud. Tiene como fundamento la idea básica de que la percepción que hacemos de la realidad es determinante en nuestro comportamiento al margen de las condiciones objetivas. Como afirma el propio autor: *“una de las capacidades más importantes conquistadas en la evolución animal es la habilidad para tomar decisiones desde nuestro interior...”* de Thomas, William I. En “*La definición de la situación*”, sacado del libro de Beriain y Iturrate, (Editrs.) **La Teoría Sociológica**, Edit. Verbo Divino, 1998, pág. 152

<sup>2</sup> La ética de la seducción es un concepto del filósofo francés Gilles Lipovetsky que afirma cómo en una era narcisista como la actual, sustentada en el vacío, en la despersonalización y una vez periclitada la ética del trabajo propia de la sociedad industrial, la seducción se convierte en el imperativo categórico dominante. Véase Lipovetsky, Gilles, 1983, **La Era del Vacío: ensayo sobre el individualismo contemporáneo**, Anagrama, Madrid.

Tal como indicaron Garner y Bemis, la delgadez se convierte en *“un bien supremo, en un valor, al servicio del cual la persona está dispuesta a soportar muchísimo sufrimiento”* (Garner y Bemis, 1982, pág. 128). La adquisición de modelos culturales responde a procesos complejos y se realiza a través de diversos canales: la familia, los amigos, los compañeros de estudio o de trabajo todos ellos han funcionado a lo largo de la historia como eficaces vías de transmisión pero, en los últimos tiempos, los medios de comunicación se han convertido en un potente canal de aculturación y erigiéndose en plataforma del fenómeno publicitario. La industria del adelgazamiento se ha convertido en un negocio próspero que mueve enormes cifras de dinero proporcionando ingentes beneficios y ha descubierto la eficacia de la publicidad como medio para vender.

Los medios de comunicación exponen a todos a una apariencia única y adecuada, que induce de forma directa o indirecta a adelgazar, envía mensajes en los que el éxito social, el autocontrol y la perfección se asocian con una imagen corporal que se caracteriza por la delgadez, convirtiendo el peso en el principal criterio de evaluación de dicha imagen corporal (Toro, 1996). Así, las mujeres occidentales, aunque también un número creciente de hombres y niñas se lanzan a la consecución de la delgadez, en base a la expectativa de que lograr el ideal reporta beneficios irrenunciables, como por ejemplo, la atracción interpersonal, las mejoras en la carrera profesional, la salud y, en definitiva, el éxito personal y social (Brownell, 1991).

Recientemente, esta hipótesis ha recibido apoyo experimental, al demostrarse que las pacientes con TCA, en comparación con otros grupos, asocian la importancia del peso y de la figura con otras facetas de la autoevaluación como son: las relaciones interpersonales o el rendimiento y el logro; lo que explicaría el modo en que la insatisfacción corporal impacta en la autoestima y en el estado de ánimo. Adicionalmente, el hecho de que esta asociación se halle también presente, aunque en menor medida, en los grupos de restrictores, apoyaría la tesis de la existencia de un continuo en el que a mayor asociación entre la importancia del peso y la figura con la autoevaluación, mayor grado de sintomatología alimentaria (Blechert, Ansorge, Beckmann y Tuschen-Caffier, 2011).



La evidencia empírica apoya la idea de que la presión para adelgazar y la interiorización del ideal de delgadez constituyen factores de riesgo que terminan desembocando en un alto grado de insatisfacción corporal, en el inicio de la práctica de dietas, en el cultivo y consolidación de emociones negativas y, al final de todo en el incremento de patología alimentaria (Stice, 2002).

La creencia generalizada de que estar delgado es un objetivo al alcance de cualquier persona si utiliza los medios adecuados para conseguirlo, se traduce en que adelgazar depende de uno mismo, es decir, es un objetivo al alcance de todo el que trabaje lo suficiente, se esfuerce lo suficiente y se controle lo suficiente; *“nos inducen a pensar que si nosotros hiciéramos las cosas correctas, si comiéramos lo adecuado, si hiciéramos el ejercicio adecuado y pensáramos de la forma adecuada, entonces estaríamos delgados”* (Jasper, 1994, pág. 1).

La investigación transcultural en materia de trastornos de conducta alimentaria confirma el hecho de que estos trastornos son menos frecuentes en países en desarrollo, pero su incidencia sufre un incremento a medida que aumenta el nivel de vida y con él los valores de lo que Zygmunt Bauman denomina como la *sociedad líquida*, caracterizada por un grado de insatisfacción permanente se constituyen en valores dominantes (Austin y Smith, 2008; Guilbert, Crump, Madhere y Schutz, 2009; Stark-Wroblewski, Yanico y Lupe, 2005). Dicho esto y aunque la contribución de la presión sociocultural en pos de la delgadez ha generado un gran volumen de investigación y se ha enarbolado por parte de los modelos socioculturales de etiología y de los enfoques feministas como la causa del aumento de prevalencia de los trastornos alimentarios, no es menos cierto que, si así fuera, la mayoría de las personas expuestas a los cánones descritos juzgarían su valía personal en base al peso, la figura y su control.

Aun reconociendo que en nuestra cultura, el peso y la figura constituyen importantes elementos de valoración personal, aceptando que son fuente de insatisfacción y que ocupan gran parte de nuestra energía, lo cierto es que, solo un pequeño porcentaje de personas lo elevan a categoría exclusiva de valoración personal y desarrollan TCAs (Polivy & Herman, 2004). Esto sugiere que la presión sociocultural y la interiorización del ideal aunque

condición necesaria no constituyen condición suficiente para sobrevalorar el peso y la figura y el desarrollo de trastornos alimentarios respondería a mecanismos y procesos más complejos que requerirían el concurso de otros elementos que medien o modulen esta relación.

#### Cuestiones críticas en relación a la sobrevaloración del peso, la figura y su control

Aunque el consenso en torno al carácter cardinal de la sobrevaloración del peso y de la figura respecto al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios es elevado, no es unánime; hay quienes en los últimos tiempos lo han cuestionado directamente, propugnando que el núcleo patológico de los trastornos alimentarios se explicaría mejor en torno a otros ejes, por ejemplo, como un subgrupo de trastornos de ansiedad y que propugna sistemas de clasificación alternativos (Strober, Freeman, Lampert y Diamond, 2007; Waller, 2008). Esta cuestión se desarrollará con más profundidad en el apartado clasificación y diagnóstico de los TCA.

Por otro lado, existe otra fuente de cuestionamiento indirecto del papel central de la sobrevaloración del peso y de la figura en los TCA, nos referimos al hecho de que el DSM-5 incorpora nuevas categorías diagnósticas como son: el *trastorno de atracones*, el *trastorno por purgas*, o el *síndrome de la ingesta nocturna*; en estos casos, la presencia de la sobrevaloración y su carácter nuclear están en solfa. En el caso del trastorno de atracones, al contrario que en la AN o la BN, la característica no se encuentra invariablemente presente en todas las personas afectadas de TA, aun con todo, quienes la presentan acreditan mayor deterioro psicosocial y una peor respuesta al tratamiento (Goldschmidt y otros, 2010; Sysko, Golfein, Goldfein y Devlin, 2012; Grilo, Masheb y White, 2010).

Frente a quienes, por esta razón, han argumentado la conveniencia de incluir la sobrevaloración del peso y de la figura como criterio diagnóstico para la identificación de casos (Mond, Hay, Rodgers y Owen, 2006), otros han defendido que exigirlo como condición excluiría a un importante volumen de pacientes que presentan un deterioro clínico significativo y que precisan tratamiento. Éstos proponen en consecuencia, una solución intermedia, considerar la oportunidad de utilizarlo como indicador del ratio de severidad

(Grilo y otros, 2009). Finalmente, la decisión del DSM-5 ha sido no incluirlo como criterio diagnóstico en la determinación de lo que constituye un caso (American Psychiatric Association, 2013). En cuanto al *trastorno de purgas* y el *síndrome de la ingesta nocturna*, los interrogantes en torno a su definición, su fiabilidad diagnóstica en contextos clínicos o su utilidad clínica y su valor pronóstico persisten (Keel y Striegel-Moore, 2009; Striegel-Moore, Franko y García, 2009).

Por último, un grupo de pacientes entre las que la sobrevaloración del peso, la figura y la compulsión hacia la delgadez no se hallan presentes, ha suscitado recientemente interés. Algunos autores lo han denominado: *Non-fat-phobic anorexia nervosa*. Estas personas sobrevaloran el control en sí mismo y muestran expresiones ligeramente distintas a las que hallamos en la anorexia nerviosa; por ejemplo, la comprobación obsesiva del peso o la figura no se hallan presentes, ni tampoco el miedo intenso a engordar; en cambio, emergen conductas como el cálculo pormenorizado de calorías, o la evitación de la ingesta. Esta variante se da con más frecuencia entre las pacientes más jóvenes y en los primeros estadios de la enfermedad; también, se ha identificado con más frecuencia en culturas no occidentales. No se ha incluido como trastorno en el DSM-5 pero la última versión del Eating Disorder Examination EDE 16.OD, incorpora modificaciones que permiten su identificación (Becker, Thomas y Pike, 2009; Becker, Thomas y Pike, 2011; Fairburn, 2008).

#### Sobrevaloración del peso y de la figura: consideraciones para la evaluación

Antes de pasar al siguiente apartado, conviene realizar algunas consideraciones relativas a la evaluación. El constructo plantea algunos desafíos relevantes de cara a este trabajo, por un lado, está la dificultad que comporta la comprensión de un concepto complejo, preciso y matizado y la necesidad de diferenciarlo de otros como la insatisfacción corporal. Desde el punto de vista de la evaluación esto tiene varias derivadas, algunas de cara a la formulación de las preguntas y otras relativas a la elaboración de las respuestas. Posiblemente una pregunta directa sin una explicación apropiada del constructo conduciría a respuestas equívocas y las personas tenderían a confundir la importancia extrema con la insatisfacción. A la complejidad del constructo se une la cuestión de ¿Cómo capturar el juicio que realiza la persona de sí misma y cómo contrastar si sus respuestas son reflejo fiel de su experiencia

interna? En ambos casos, se requeriría identificar indicadores que reflejen inequívocamente el núcleo patológico sin generar confusión con otros constructos y permitiendo contrastar las medidas subjetivas con indicadores más objetivos.

Las entrevistas como el EDE proporcionan ventajas frente a los autorregistros, ya que permiten flexibilidad en el proceso de búsqueda de información, lo que permite persistir en la búsqueda hasta lograr la información requerida. Esta es una cuestión relevante en esta investigación, por lo que la recuperaremos más adelante en este trabajo, en el que la formulación de las preguntas dirigidas a las personas evaluadas y las explicaciones que se facilitan a los evaluadores como guía para la estimación de las respuestas, condicionan la capacidad de capturar el constructo adecuadamente.

La sobrevaloración del peso, de la figura y el afán por controlarlos, se asocia a la práctica de hábitos y conductas que dañan la salud, interfieren en el desarrollo personal o en la integración social. Consecuentemente, el despliegue de estrategias de restricción extrema, los atracones o con métodos inadecuados de control de peso, purgativos (provocación del vómito, abuso de laxantes y diuréticos) y no purgativos (ayuno o ejercicio intenso) son modos de conducta que muestran los conflictos entre el querer y el poder, a lo largo de los siguientes apartados iremos analizando cada uno de ellos.

### **1.2.2. La dieta en los TCAs**

Delimitación conceptual: la compleja frontera entre la alimentación normal y la patológica  
¿Qué es hacer dieta? Hacer dieta implica sustituir la regulación fisiológica de la ingesta que se produce mediante los mecanismos de hambre y saciedad, por una ingesta autoimpuesta y regulada cognitivamente, en aras a lograr una disminución del peso o evitar el aumento de peso, aunque esto suponga desoír los mecanismos de regulación fisiológica (Polivy y Herman, 1995). Comemos porque de ello depende nuestra supervivencia, pero comer también es un acto social y cultural. Celebramos comiendo, exhibimos poder invitando, asimismo comer es una conducta que podemos utilizar como premio o como castigo, por ejemplo, los niños se niegan a comer como elemento de presión o fuerza sobre los padres; del mismo modo, restringimos lo que ingerimos en respuesta a un problema de salud bajo

prescripción facultativa; o porque aspiramos a la consecución del canon de belleza vigente en la esperanza de que nos reporte beneficios personales y sociales; nuevamente nos encontramos ante un fenómeno poliédrico con múltiples aristas, en definitiva, comer o no comer no cumple una función exclusivamente biológica sino también una función psicológica y social.

No cabe duda de que la dieta constituye, una de las conductas más frecuentes entre las personas que padecen trastornos de alimentación pero, no es menos cierto, que dista mucho de ser un fenómeno exclusivo de estas alteraciones, muy al contrario, el número de personas que hacen dieta, especialmente mujeres, pero también un número creciente de hombres e incluso de niños y niñas, ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, hasta el punto de que hacer dieta se ha convertido en el patrón de alimentación característico de las sociedades occidentales (Brownell y Rodin, 1994).

La práctica de dietas es, socialmente ensalzada, sanitariamente prescrita e implacablemente promovida por la industria del adelgazamiento. Hacer dieta es un activo social, la creencia de que la dieta conduce a la delgadez y ésta al éxito personal y social, se halla profundamente instalada en la conciencia colectiva, de modo que el control sobre la ingesta y la consecuente pérdida de peso reciben premio y refuerzo inmediato por parte de la familia, la pareja y los amigos; se ensalza la capacidad de control personal y, también, la mejora de la apariencia personal.

Más recientemente la dieta también se ha convertido en un activo sanitario. El peso corporal tanto de hombres como de mujeres ha sufrido un incremento significativo en los últimos años, (Keel, Heatherton, Baxter y Joiner, 2007); los organismos internacionales responsables de la salud pública, como por ejemplo, los Centros de Control de Enfermedades Crónicas y la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en la investigación sobre la obesidad y los riesgos de ésta asociados a las enfermedades crónicas, en previsión de que en las próximas décadas se dispare el problema de salud y el gasto sanitario, se han embarcado en una guerra contra la obesidad mediante la promoción de hábitos alimentarios saludables a través de la práctica de dieta (James, Leach, Kalamara y Shayeghi, 2001).

Finalmente, la industria del adelgazamiento ha convertido la dieta en un activo comercial, inunda el mercado con productos y estrategias supuestamente eficaces para controlar el peso y la figura, sirviéndose de las necesidades de quienes aspiran al éxito social a través de la consecución del ideal de delgadez; y valiéndose de la plataforma que ofrecen tanto los medios de comunicación como las redes sociales o las nuevas tecnologías, ha encontrado un filón que le reporta ingentes beneficios económicos. Aunque de naturaleza muy distinta, estas tres fuerzas tractoras psico-social, sanitaria y comercial, confluyen generando un clima claramente favorable a la práctica de dietas.

No podemos obviar, sin embargo, el hecho de que la práctica de dietas posee detractores que le han señalado como factor de riesgo para el desarrollo de TCA. Los trastornos de alimentación con frecuencia comienzan con un intento aparentemente normal de perder peso por medio de una restricción calórica autoimpuesta, por lo que la práctica de dietas, tanto en personas obesas como en personas de peso normal y muy especialmente en adolescentes, se ha vinculado a los trastornos de conducta alimentaria, aunque en una reciente revisión se concluye que los resultados son mixtos y que, en base a la evidencia empírica reunida hasta el momento, no estamos en condiciones de corroborar esta hipótesis con rotundidad (Stice, 2002).

Existe, en cambio, consenso en relación a que la práctica de dieta estricta con el objeto de manejar y afrontar la preocupación extrema por el peso y la figura constituye, tal como se ha descrito, una de las conductas alteradas que, con mayor frecuencia, presentan las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008). Esta conducta está presente en la mayor parte de las expresiones que adoptan los trastornos, hasta el punto de que se ha llegado a proponer que los trastornos de conducta alimentaria debieran denominarse trastornos de la dieta (Beumont, 1995). Algunos autores van más allá y afirman que la práctica persistente, generalizada y descontrolada de dietas, además de compartir características nucleares de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, puede considerarse en sí mismo un patrón de conducta alimentaria alterado (Hsu, 1990).

Así las cosas, la práctica de dietas se encuentra en el centro de una encendida polémica que nos devuelve a una de las preguntas con las que iniciamos el capítulo: ¿Dónde establecer el

límite entre alteración y normalidad, entre ajuste y desajuste, entre salud y patología? Un abordaje riguroso del tema exige reconocer y distinguir la enorme variabilidad existente en la práctica de dietas y en la diversidad de los individuos que las practican; es preciso tener en cuenta que las consecuencias positivas o negativas que de ellas se deriven dependerán de diversos factores, como por ejemplo, del estado de salud, del peso de partida, o de la edad; así, su impacto no es el mismo en personas obesas o con sobrepeso, en personas de peso normal, en adolescentes o pre-adolescentes. Simplificar el debate y el análisis, en el mejor de los casos, carecería de rigor; en el peor de los casos, propiciaría plantear recomendaciones inadecuadas e incrementaría riesgos innecesarios al uniformizar realidades tan heterogéneas; es necesario, por tanto, matizar y precisar.

Dicho esto, la práctica de dietas en la infancia o en la adolescencia merece especial atención. Por un lado, parece que los niveles de obesidad han aumentado en la población infantil y adolescente, paralelamente se observa que un número creciente de adolescentes se someten a la práctica de dietas sin que dicha práctica se justifique en términos de exceso de peso y lo que es más, la mayor parte se encuentran en el intervalo de peso adecuado y algunas de ellas presentan bajo peso (Emmons, 1996). Por otro lado, la motivación y la intención para realizar dietas no se relaciona con el nivel de sobrepeso que afecta a las adolescentes, sino con la discrepancia entre la silueta corporal real y la ideal (Conner y otros, 1996).

La insatisfacción con el peso, la percepción de sobrepeso y baja estima corporal se asocian a la motivación para la práctica de dietas, sino que añaden que dicha asociación se establece en todos los grupos étnicos estudiados y que, por lo tanto, la subcultura, no protege de la interiorización de los valores de la cultura global (French y Jeffery, 1994). Si bien parece que las adolescentes caucásicas poseen un peso ideal más bajo que las adolescentes afroamericanas (Emmons, 1996). Asimismo, parece que la clase social correlaciona con peso real y deseado más bajo, mostrando mayor prevalencia de la práctica de dietas (Drewnoski, Kurth y Krahn, 1994).

Algunos estudios han demostrado que la motivación hacia las dietas y los primeros contactos con la práctica de dietas se hallan presentes en niñas de hasta 9 años de edad

(Hill, 1993; Hill, Olivier y Rogers, 1992). Al parecer, también en este caso, dicha motivación hacia la práctica de dietas se entronca en la insatisfacción que experimentan en relación al peso corporal, a la figura, a partes de su cuerpo, que están correlacionadas con una baja autoestima. Esta misma tendencia se halla también presente en niñas británicas de origen asiático, con el agravante en este caso de que su peso es significativamente más bajo que el peso de las niñas británicas de origen europeo (Hill y Bathi, 1995). El objetivo cultural de control absoluto sobre el peso y la figura corporal a través de la dieta, tan extendido en la sociedad occidental, podría conducir a las adolescentes y niñas occidentales hacia una dinámica con grave riesgo para su salud física, psicológica y social, en un periodo especialmente delicado desde el punto de vista del crecimiento, la maduración física, la construcción de la identidad personal y el establecimiento de relaciones sanas.

Características que los intentos de restricción adoptan en los TCAs.

En el caso de los TCA, el objetivo de los intentos de restricción suele ser, independientemente de las características concretas que adopten, mantenerse o lograr la delgadez y huir o evitar el aumento de peso, adoptando diversas manifestaciones. No obstante, básicamente se pueden distinguir tres tipos (Fairburn, 1995):

El primer tipo de restricción consistiría en evitar comer o suprimir la ingesta; esto es, la persona intenta permanecer sin comer durante períodos de tiempo prolongados, generalmente durante las primeras horas del día y trata de prolongar al máximo esta situación, limitando incluso la cantidad de líquido ingerido. Cuando el periodo se prolonga durante un día o más, hablamos de ayuno.

El segundo tipo de restricción consiste en limitar o reducir la cantidad total de alimento que se ingiere. En este caso, se establece un límite de calorías que la persona intenta no exceder. Generalmente, las personas que padecen trastornos de conducta alimentaria, suelen establecer el umbral en 1200 o 1000 kcal. Esta cantidad resulta a todas luces insuficiente para garantizar un funcionamiento fisiológico adecuado, aunque existen programas más restrictivos como por ejemplo, los de dieta líquida que contemplan la ingestión de una media de 450 a 800 kcal.



Finalmente, tendríamos un tercer tipo de restricción que se caracteriza por eliminar algunos alimentos. La razón por la que estos alimentos quedan excluidos es el alto contenido calórico, real o percibido que se les atribuye. El aumento de peso que su consumo previsiblemente generaría les convierte a los ojos de estas personas en alimentos malos, prohibidos o peligrosos. La cantidad y la variedad de alimentos “prohibidos” pueden variar de unas personas a otras. En la mayoría de los casos, la restricción comienza eliminando el consumo de dulces, postres, aperitivos altos en calorías y alimentos con elevado contenido de carbohidratos, pero el listado de alimentos prohibidos se extiende progresivamente a otros grupos de alimentos.

En el caso de los trastornos de conducta alimentaria, la restricción se considera un hábito alimentario alterado y patológico, debido a su carácter extremo, rígido y porque interfiere el funcionamiento biopsicosocial adecuado. Se trata de un patrón alimentario *extremo* en el que la cantidad, el tipo de alimentos o la temporalización de la ingesta se define en base a normas y criterios arbitrariamente establecidos que no garantizan mínimamente el aporte nutritivo necesario para un funcionamiento saludable y provocan los subsiguientes estados de desnutrición o semidesnutrición.

Este patrón extremo cobra su máxima realidad en las variantes anoréxicas en las que la pérdida de peso se sitúa por debajo del mínimo requerido en términos de salud, generando en algunos casos daños irreversibles, por ejemplo, la pérdida de masa ósea y en otros, desencadenando la muerte. Lo definimos también como un patrón *rígido* porque se monitoriza en base a un complejo entramado de múltiples normas muy estrictas, profundamente imbricado en la rutina diaria, en la que cada decisión respecto a: salir o no salir, qué comprar, cuando comer..., se supedita a la obediencia a tales normas, elevando cada incumplimiento puntual a la categoría de fracaso personal. No se trata de un objetivo global o de orientaciones generales que se evalúa en función de si la mayor parte de los días se ha logrado o no; muy al contrario, la transgresión puntual se analiza dicotómicamente en términos de todo-nada, interpretándose y asociándose, en consecuencia, a ansiedad y culpabilidad (Fairburn, 2008).

Asimismo, afecta al funcionamiento cognitivo y se halla en el origen de las dificultades de concentración que redundan en un bajo rendimiento académico o laboral, dado que la restricción es tan extrema que al jugar en contra de las necesidades biológicas, exige un esfuerzo de control ímprobo. Finalmente, resulta extremadamente conflictivo a nivel social, no podemos olvidar que comer además de una función biológica cumple también una función social. A partir de aquí la casuística de situaciones y de elementos de fricción es inmensa: comer en casa se convierte en una batalla campal, se intenta comer en soledad ya que en compañía es imposible; en unos casos, porque la toma de decisión acerca de lo que se va a comer y ajustarse al entramado normativo resulta agotador. Se termina comiendo siempre lo mismo, comer en compañía o celebraciones por ejemplo, se convierte en especialmente difícil, este tipo de personas se sienten controladas y perseguidas en todo momento por lo que intentan evitar cualquier supervisión, consecuentemente, dejan de salir y se aíslan.

A su vez, está bien documentado que los intentos de restricción aumentan el riesgo de desencadenar otras alteraciones conductuales como el *atrachón*, del que nos ocuparemos más adelante; esta asociación se produce en virtud de un mecanismo de sobrecompensación que se ha identificado en las personas que intentan restringir su ingesta, tengan o no TCA. No hemos de olvidar que comemos porque de ello depende nuestra supervivencia. Esta función está regulada por unos mecanismos fisiológicos y genéticos, por ello, monitorizar la ingesta con otras finalidades, mantener el control y el subsiguiente respeto escrupuloso de las normas arbitrariamente establecidas es prácticamente imposible en tanto en cuanto es insuficiente desde el punto de vista biológico.

La relación entre restricción y atracones está ampliamente documentada, aunque la evidencia es mixta. En población obesa algunos estudios concluyen que la práctica de dietas exacerba la aparición de atracones (Vervaet y van Heeringen, 1995); otros por el contrario, sostienen que la restricción calórica extrema predice la ocurrencia de atracones sólo durante el período de restricción, pero los episodios tienden a desaparecer una vez el tratamiento ha concluido (Telch y Agras, 1993). Por último, otra serie de estudios señalan que la presencia de atracones es anterior al inicio de las prácticas de dieta (Bulik y otros, 1997). Lo que parece

plausible es que existen distintas trayectorias y mecanismos etiológicos hacia los trastornos de alimentación esta doble vía se ha comprobado también en el análisis de los trastornos por atracón (Borman y otros, 1997).

En este punto resulta procedente realizar una precisión conceptual importante, el intento de restricción puede o no resultar eficaz y, con frecuencia, no lo es; aunque el estado cognitivo, normativo y emocional dirigido a intentar limitar la cantidad que se ingiere, invada y condicione todas las esferas de la vida de la persona, interfiriendo en la dinámica diaria y convirtiéndose en patológico en sí mismo. Este estado cognitivo y emocional que se caracteriza por el intento persistente de controlar el peso y la figura, con independencia del éxito o el fracaso que se obtenga, se acuña con el término *dietary restraint*.

Cuando el esfuerzo de restricción se torna en una pérdida de peso real en el sentido fisiológico del término, hablamos de *restriction* o restricción. Ciertamente algunas personas logran mantenerse en la restricción en el sentido fisiológico del término, este es el caso de la anorexia nerviosa por ejemplo; pero, en la mayor parte de las alteraciones alimentarias, los intentos de restricción fracasan y no se traducen en una pérdida de peso real. Sin embargo, el estado de tensión y control que genera el intento por lograrlo se torna en patológico, dado el nivel de interferencia que genera y que condiciona la vida personal y social de quienes lo padecen.

#### La restricción, consideraciones para su evaluación.

Aunque la dieta es un concepto y una práctica cotidianamente muy extendida que abarca patrones conductuales muy diversos, el carácter de la restricción es tan variado como las personas que la practican y la evidencia empírica sobre las consecuencias físicas y psicológicas positivas y negativas derivadas de su práctica resultan poco concluyentes. El desafío desde el punto de vista de la evaluación reside en determinar dónde establecer el límite entre normalidad y patología. Esta es la pregunta a la que la investigación tendrá que responder en los próximos años, así como cuáles son los efectos de cada tipo concreto de dieta y si los efectos de cada uno de esos tipos de dieta varían en función de las características del grupo de población que las utiliza. Sólo así podremos identificar

trayectorias de riesgo y establecer orientaciones que guíen las recomendaciones en esta materia (Wilson, 1995).

### **1.2.3. Atracones**

#### Delimitación conceptual

Probablemente, los atracones son, con excepción de la dieta, la conducta alterada más frecuente entre las personas que presentan trastornos del comportamiento alimentario. Al contrario que la dieta, socialmente valorada y reforzada, el atracón es temido, genera sentimientos de culpa y de vergüenza por parte de la persona que los padece y reprobación por parte de su entorno; razón por la cual, se suelen encubrir y ocultar (Fairburn, 2003).

El término *atracon* está muy extendido, pero se suele usar con poco rigor, generando equívoco y confusión, y, generalmente, suele asociarse al incumplimiento de una norma que la persona se ha propuesto y no ha logrado mantener (Beglin y Fairburn, 1992). Sin embargo, en la clínica y en la literatura científica, el término *atracon* tiene un significado preciso y se refiere a un tipo concreto de sobreingesta (Fairburn y Wilson, 1993). Aunque su definición ha ido matizándose a lo largo del tiempo y, aún hoy, sigue siendo contestada y revisada, en la Tabla 2 se muestra la evolución del concepto a lo largo de las últimas décadas y el modo en que se ha reflejado en las sucesivas versiones del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

**Tabla 2. Evolución de la definición de atracón en las distintas versiones del DSM.**

| INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS | CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DSM III (1980)            | Episodios recurrentes de atracón, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo de tiempo limitado, generalmente, menos de dos horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| DSM III R (1987)          | Episodios recurrentes de atracón, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo de tiempo limitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| DSM-IV (1994)             | Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). |
| DSM-5 (2013)              | Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). |

La definición que se utiliza en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), se adaptó a partir de la propuesta formulada en el EDE 12.0D, en la que la sobreingesta se evalúa en función de la presencia, o no, de 2 características: (a) el consumo de una “gran cantidad de comida” y (b) la sensación de pérdida de control (Fairburn y Cooper, 1993). Analicemos cada una de ellas.

Comenzaremos por la última, la sensación de pérdida de control hace referencia a una experiencia subjetiva y se define como la vivencia de que uno no puede dejar de comer aunque lo desee o la sensación de que no puede evitar empezar a comer, es decir, se ve impelido a comer. Sin embargo, la pérdida de control no es absoluta, no se trata de incapacidad para controlarse; de facto, la persona puede interrumpir la ingesta al verse sorprendida y con frecuencia los episodios de pérdida de control se planifican (American Psychiatric Association, 2013).

Esta condición que no se explicitó en las primeras definiciones de atracón (American Psychiatric Association, 1980; American Psychiatric Association, 1987), cobra hoy especial relevancia y la investigación realizada tanto con población clínica BN o TA, como con población general, corrobora la relevancia diagnóstica y clínica de este criterio en la definición del síntoma, consolidándose como el elemento central y definitorio de lo que constituye un atracón (Fitzsimmons-Craft y otros, 2014; Pollert y otros, 2013; Vannucci y otros, 2013). El consenso en este punto es total.

La otra característica es *el consumo de una gran cantidad de comida*, definido como la ingesta de una cantidad claramente superior a lo que la mayoría de las personas comerían en similares circunstancias (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013). No obstante, aunque históricamente se ha reconocido este rasgo como un elemento central de la definición, no se puede obviar el hecho de que ha generado mucha controversia.

A diferencia de la sensación de pérdida de control, el tamaño de la ingesta aspira a ser un indicador objetivo de la presencia de atracones y es, en este punto, donde radica la dificultad, dado que no existe un punto de corte claro, aplicable a cualquier situación y a cualquier circunstancia que permita definir de forma abstracta cuándo la cantidad de comida que se ha consumido puede considerarse grande, dado que la cantidad está asociada a hábitos alimenticios y éstos en gran medida dependen de variables contextuales, ambientales y, en última instancia, del grado de conocimiento que, quien realiza la estimación, posea de las circunstancias particulares, de los hábitos personales, de las costumbres del grupo social de referencia y por supuesto, de los patrones culturales dominantes (Arikian y otros, 2012).

En definitiva, es el contexto, entendido éste como el cuándo, dónde, con quién, a qué hora y qué tipo de comidas son prevalentes lo que determina si la cantidad de comida puede considerarse excesiva o no; o, en otras palabras, una cantidad de comida puede, o no, definirse como grande dependiendo de si se consume a las 8 de la mañana o a las 14:00h, un día de labor o en el transcurso de una celebración, en California o en Bilbao. Dadas las implicaciones que este punto posee en referencia a la evaluación, volveremos sobre él más adelante.

En cualquier caso, la combinación de estas dos condiciones daría lugar a cuatro tipos de sobreingesta que se presentan en la Tabla 3, pero de ellos, solamente los episodios bulímicos objetivos se considerarían atracón. En definitiva, la definición de atracón actualmente en vigor, propuesta en el EDE y refrendada en el DSM-IV y DSM V se circunscribe a los episodios bulímicos objetivos.

**Tabla 3. Esquema del EDE para clasificar la “sobreingesta”.**

|                                        |                                                  |                                                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                        | “Gran” cantidad de comida.<br>Definición de EDE. | La cantidad de comida no es “grande”,<br>pero se percibe como excesiva. |
| “Pérdida<br>de control” presente       | EPISODIOS BULIMICOS<br>OBJETIVOS                 | EPISODIOS BULIMICOS<br>SUBJETIVOS                                       |
| “Pérdida<br>de control”<br>no presente | SOBREINGESTA<br>OBJETIVA                         | SOBREINGESTA<br>SUBJETIVA                                               |

*Nota. Reproducido con permiso del C.G. Fairburn.*

Además de las dos descritas, los atracones reúnen otras características y peculiaridades que describimos a continuación. En el contexto de un atracón, se entiende que la ingesta debe producirse en un periodo de tiempo limitado, el criterio diagnóstico lo acota en un intervalo inferior a 2 horas y el picoteo a lo largo del día no se considera atracón (American Psychiatric Association, 2013); recientemente, se ha encontrado que la duración media de los episodios de atracón en una muestra de personas afectadas de TA se mueve en torno a los 42 minutos, con mayor probabilidad de ocurrencia a la tarde-noche; los resultados de este estudio demostraron también que las personas con los episodios más prolongados no se asocian a mayor nivel de sintomatología alimentaria pero sí a niveles de depresión más elevados y autoestima más baja (Scheiber-Gregory y otros, 2013).

En relación al tipo de alimentos que se consumen, suele tratarse de alimentos de alto contenido calórico o que en otras circunstancias se evitarían; no obstante, cuando comparamos el tipo de alimentos que consumen distintas personas, o la misma persona en distintos episodios, se constata que la variabilidad del tipo de alimentos es tan alta que es enormemente complicando la tarea de extraer patrones generales (American Psychiatric Association, 2013).

La relevancia diagnóstica de esta conducta alterada queda evidenciada por su presencia en todo el espectro de los trastornos de conducta alimentaria, lo que se traduce en su

explicitación como criterio diagnóstico en la definición de casos y de las categorías diagnósticas (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013); constituye, de hecho, una característica central para el diagnóstico de la bulimia nerviosa y del trastorno de atracones, pero también se halla presente en la variante bulímica/purgativa de la anorexia nerviosa, aunque nuestro conocimiento sobre las características que adopta en este último subgrupo son más limitadas (Wolfe, Wood-Baker, Smith y Kelly-Weeder, 2009).

Atracón: la validez de constructo y su relevancia clínica a debate

La relevancia diagnóstica y clínica del criterio *sensación de pérdida de control* en la definición de atracón está bien documentada, tanto en población clínica como en población general. De este modo se consolida como cardinal en la definición de atracón y no está en cuestión (Fitzsimmons-Craft y otros, 2014; Pollert y otros, 2013; Vannucci y otros, 2013).

El criterio *gran cantidad de comida*, por el contrario, está suscitando, en los últimos tiempos, un encendido debate que gira básicamente en torno a dos cuestiones: una de carácter técnico y otra de mayor calado teórico. La primera, que se ha calificado de carácter técnico-procedimental y afecta a la determinación de lo que constituye una gran cantidad y la conveniencia de contar con definiciones basadas en la evidencia empírica; sin embargo, la estimación de una cantidad como grande se remite a criterios contextuales y culturales: *“claramente superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y circunstancias parecidas”*, depositando la valoración en el juicio del clínico. Como cabía esperar, los intentos por generar una definición basada en la evidencia, dada la variabilidad de los patrones de ingesta, se torna una tarea muy compleja: los hombres proporcionan umbrales de ingesta más altos que las mujeres, las personas con sobrepeso se diferencian de las personas con peso normal, los índices de ingesta de las personas con TCA distan mucho de los encontrados en población general, por no mencionar las diferencias en función de la edad o de la cultura de pertenencia (Arikian y otros, 2012). En definitiva, nos encontramos, ante un constructo equívoco que plantea dificultades y desafíos de cara a su evaluación.



La segunda cuestión crítica posee mayor calado teórico y gira en torno a las preguntas de si ¿es clínicamente relevante la cantidad de comida que se ha consumido? ¿Es relevante la diferenciación entre episodios bulímicos objetivos y subjetivos? Las preguntas derivan de la constatación de que las personas que presentan episodios bulímicos subjetivos, es decir, sienten perder el control tras ingerir pequeñas cantidades de comida, no parecen diferenciarse en los niveles de psicopatología alimentaria que acreditan de las personas que experimentan episodios bulímicos objetivos, aunque, como cabía esperar ingieren menor cantidad de comida durante los episodios y pesan menos (Mond, Latner, Hay, Owen y Rodgers, 2010).

En un reciente estudio longitudinal de dos años, en el que se valoró la evolución de pacientes con TCA, se comprobó una notable variabilidad y tránsito entre episodios bulímicos objetivos, subjetivos y la combinación de ambos; se trata de un patrón equivalente a la pauta de migración diagnóstica que se identificó en esta misma muestra (Peterson y otros, 2012). En coherencia con estas posiciones, cada vez son más las voces que apoyan una modificación de la definición de atracón en favor de la consideración de los episodios bulímicos subjetivos, en la que, dicho de otro modo, la cantidad ingerida resultaría irrelevante, frente a la sensación de pérdida de control (Fitzsimmons-Craft y otros, 2014; Birgegard, Clinton y Norring, 2013).

#### El atracón, consideraciones para su evaluación

El uso, por ejemplo, de autorregistros para valorar la gran cantidad de comida podría resultar problemático. Supongamos una persona con un entramado normativo muy rígido e intentos de restricción extremos, podría considerar que comer dos pastas constituye una gran cantidad de comida, fundamentando su juicio en base a unas normas de restricción rígida y no respecto a lo que constituiría una cantidad normal o excesiva en circunstancias similares. En este caso, aun no produciéndose un atracón entraríamos en una manifestación conflictiva entre los patrones objetivos y subjetivos de conducta. Para prevenir esa dicotomía es preferible que las entrevistas sean realizadas por un evaluador externo, ya que será más probable que el juicio no esté contaminado; por ello, en el EDE, el juicio respecto a

si se trata de una cantidad grande o pequeña recae normalmente en el clínico o evaluador (Fairburn y Wilson, 1993; Russell, 1979).

Una de las dificultades que plantea esta forma de registro y de observación comportamental es que, a pesar de ello, a veces, resulta identificar los episodios, máxime cuando este tipo de alteraciones conductuales no se producen en público (Wilson, 1993). Particularmente, esto es muy frecuente en personas bulímicas no purgativas, quienes en ausencia de episodios de purga podrían considerar haber experimentado, muchos episodios de atracón cortos, o un episodio de atracón muy largo (Rossiter et al., 1992).

#### **1.2.4. Métodos inadecuados de control de peso: purga y ejercicio intenso**

##### Provocación del vómito

Otro grupo de conductas alteradas presentes en los TCAs son la purga y el ejercicio intenso. El tipo de purga utilizado con mayor frecuencia es la provocación del vómito, seguido del abuso de laxantes y diuréticos (Ackard, Cronemeyer, Franzen, Richter y Nostrom, 2011).

La provocación del vómito consiste en *regurgitar el alimento* que se ha ingerido previamente con el fin de controlar el peso y a veces, el vómito se produce tras consumir pequeñas cantidades de comida. Tampoco existe una pauta común en relación al número de veces que manifiestan este tipo de conducta. Algunas personas vomitan una sola vez, otras persisten hasta que el estómago queda vacío, el proceso es agotador y puede prolongarse durante más de una hora. Las estrategias que se utilizan a fin de lograr este objetivo varían de unas personas a otras, por lo general, el método más frecuente consiste en introducirse algún objeto en la garganta (dedos, cuchara.....), aunque algunas personas utilizan otras estrategias, como forzarse a beber hasta que el estómago no tiene más capacidad y la operación repite hasta que el líquido aparece finalmente sin residuos. Otras personas utilizan determinados alimentos como señales, parten de la hipótesis de que los alimentos se almacenan en el estómago en el mismo orden en que se han ingerido, el hecho de que se expulsan indica en su opinión que el estómago está vacío.

En cualquier caso, el vómito constituye todo un descubrimiento y la solución a los problemas de control de peso y de silueta. Sienten que no pueden controlar su conducta alimentaria, pero descubren que pueden evitar las consecuencias negativas que tanto les atemorizan, pudiendo controlar el peso de un modo relativamente sencillo.

Sin embargo, las expectativas que se depositan en la utilización del vómito, constituyen una práctica ineficaz, contraproducente y peligrosa. En primer lugar, esta práctica se basa, en la creencia de que la provocación del vómito es un método eficaz de control de peso. Sin embargo, esta idea es cuando menos inexacta; ciertamente, el vómito permite eliminar parte del alimento ingerido, pero el porcentaje eliminado no llega a la mitad de la cantidad consumida durante el episodio bulímico. Esto explica el peso normal que presentan algunas de las personas que vomitan cada vez que comen. En segundo lugar, la utilización de purga constituye una práctica contraproducente, ya que aumenta la probabilidad que se produzcan episodios bulímicos a través de un doble mecanismo: a) puesto que el vómito elimina los efectos tan temidos de la ingesta, la posibilidad del uso de la purga permite disminuir el control y, por lo tanto, comer más; y, b) vomitar resulta más sencillo si el estómago está muy lleno y en consecuencia comen más. En tercer lugar, la utilización del vómito como método de compensación entraña ciertos riesgos y consecuencias negativas con respecto a la salud. Entre los perjuicios que se han descrito se encuentran daños en la dentadura, inflamación de las glándulas salivares, lesiones en la garganta y en el esófago, o cicatrices en las manos. Pero, preocupan especialmente los desequilibrios electrolíticos, que pueden dar lugar a alteraciones en la función renal o irregularidades en la tasa cardíaca.

#### Abuso de laxantes y diuréticos

La estrategia que otras personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria utilizan para controlar el peso y la figura son: *el abuso de laxantes y diuréticos*. La utilización de laxantes y diuréticos tiene como objeto compensar un consumo de alimentos que se considera excesivo; sin embargo, los laxantes actúan a nivel de intestino grueso, una vez que la absorción de alimento ya se ha producido.

Ciertamente, se produce una pérdida de peso pero se debe a la pérdida de líquido. Se trata de una práctica más infrecuente que la provocación del vómito, aunque puede ocasionar graves perjuicios físicos ya que altera el equilibrio electrolítico y, por lo tanto, peligrosa desde el punto de vista físico. Estos desequilibrios electrolíticos se utilizan como marcadores de la severidad del cuadro (American Psychiatric Association, 2013).

#### Ejercicio intenso

Finalmente, otro grupo de personas utilizan como método extremo de control de peso, el *ejercicio intenso* en exclusiva o combinado con otros de los métodos previamente descritos. Se entiende que la práctica de ejercicio resulta intenso cuando la persona se siente impelida a practicarlo incluso estando lesionada, en contra del criterio médico; o siente inquietud o malestar cuando no puede cumplir los objetivos o la planificación que se había propuesto.

Se tratan de prácticas inadecuadas puesto que son ineficaces respecto al objetivo que se pretende, constituyen factores de mantenimiento muy resistentes, conllevan riesgos para la salud. Se hallan presentes en la AN bulímica / purgativa, en la bulimia y en el trastorno por purgas, aunque adquieren manifestaciones diferentes, que se recogen en los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5.

Una última precisión, para algunas personas la purga funciona como mecanismo compensatorio de los atracones y es una forma de contrarrestar el consumo real o percibido de una cantidad de comida que se considera excesiva, suele seguir a los episodios de atracón. Pero, existe otro grupo de personas en quienes el uso de la purga no se vincula a la ocurrencia de episodios de atracón; en estos casos, la práctica de purga se convierte en una rutina independientemente de la presencia o no de atracones (Fairburn, 2008). Este subgrupo de personas que utilizan habitualmente la purga sin que se detecten episodios bulímicos ha suscitado interés en la última década, planteando la oportunidad de considerarlo como categoría discreta dentro de los TCA, lo que se ha concretado al incluir el Trastorno por purgas dentro de la categoría *otros trastornos de alimentación especificados* aunque el debate sigue abierto (Keel y Striegel-Moore, 2009; Koch, Quadflieg y Fichter, 2013; Maxwell y otros, 2012), abordaremos este punto en ulteriores apartados.

### **1.3. Diagnóstico y clasificación**

Puesto que los TCAs son entidades plurales, que adoptan manifestaciones muy diversas, la pregunta que cabe formularse es: ¿se trata de distintas expresiones de un mismo fenómeno?, ¿Constituyen realidades cualitativamente distintas?, ¿Debiera la categoría global de trastornos de conducta alimentaria dividirse en otras categorías discretas? y si así fuera, puesto que no existe un único modo, ni un modo correcto de clasificar u ordenar la realidad, ¿en base a qué criterios se debería establecer tal subdivisión? (Fairburn y Cooper, 2007).

Los expertos se han esforzado en ordenar esta, al menos aparente, heterogeneidad y han tratado de articular sistemas de clasificación que reflejen con veracidad la psicopatología de los TCA, en la convicción de que esto permitirá identificarlos con mayor precisión, ayudará a predecir su aparición y su curso y posibilitará determinar qué tratamientos son más eficaces y en qué condiciones (Gordon, Denoma y Joiner, 2005).

En la actualidad existen dos grandes sistemas de clasificación de trastornos mentales, uno, el propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría y otro, el propuesto por la Organización Mundial de la Salud; cada sistema proporciona periódicamente una versión revisada de los criterios de diagnóstico, la última versión de la APA: el DSM-5, se publicó en 2013 (American Psychiatric Association, 2013) y en la actualidad está en vigor la décima versión del ICD (World Health Organization, 1992) si bien se espera en breve la publicación su undécima revisión.

Reconociendo la validez de ambos sistemas, en este trabajo se tomará como referencia la propuesta de la Asociación Americana de Psiquiatría; esta decisión, obedece, por un lado, a razones de carácter general, se trata del sistema de clasificación más extendido entre los investigadores del área; y por el otro, responde a dos razones de carácter específico que afectan particularmente a este trabajo: la primera, es que el EDE 12.0D (Cooper y Fairburn, 1987) permite emitir un diagnóstico de TCA basándose en los criterios del DSM-IV (Fairburn y Cooper, 1993); la segunda, que el DSM-IV adoptó como criterio diagnóstico para la bulimia nerviosa la definición de atracón que se ofrece en el EDE 12.0D y que se mantiene en el

recientemente publicado DSM-5 como condición diagnóstica para la bulimia nerviosa y para el trastorno por atracón (American Psychiatric Association, 2013).

Concretamente, utilizaremos sus dos últimas propuestas: el DSM-IV y el DSM-5; la primera, por estar en vigencia en el periodo en que se implementó el estudio, por lo que fundamentó el juicio clínico y guió la asignación a grupos; pero también se trabajará el DSM-5 por tratarse del sistema actualmente en vigor.

A continuación analizaremos la propuesta del DSM-IV, señalaremos las principales lagunas que se le atribuían y las modificaciones que se sugirieron de cara a la publicación del DSM-5, para, finalmente, abordar otras alternativas de clasificación que se han puesto sobre la mesa.

### **1.3.1. Propuesta de clasificación de los TCA del DSM IV**

El DSM-IV distinguía dos entidades claramente diferenciadas y mutuamente excluyentes: la AN y la BN. Junto a ellas, una tercera categoría menos definida, denominada trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCA ne); en él se otorgaba un lugar preferente al *trastorno por atracón*, como categoría recomendada para estudios posteriores (American Psychiatric Association, 1994). Analicemos cada una de ellas en mayor detalle.

#### **Anorexia nerviosa**

##### **El cuadro clínico**

Reúne a personas que presentan un peso extremadamente bajo como consecuencia de una restricción severa de la ingesta o de su negativa a comer. El primero en hablar de AN fue Morton en el siglo XVII, pero fueron Gull médico de la reina Victoria y Lassegue en Francia quienes describieron simultáneamente el cuadro aunque con nombres distintos. Durante años se consideró que el elemento central del trastorno era la pérdida de apetito; no obstante, esto planteaba dificultades a nivel diagnóstico. Fue a comienzos de la década de los 60, cuando se definió la característica central de la anorexia nerviosa: la paciente

anoréxica se niega a comer, no por haber perdido el apetito, sino porque tiene miedo de comer y este miedo es el resultado de una actitud característica hacia el peso, la figura corporal y la gordura. Dicha actitud se definió como una *búsqueda implacable de la delgadez*, como *fobia al peso* o como un *miedo enfermizo a engordar*. En cualquier caso, este fue el concepto, que dotó al cuadro de entidad propia (Silverman, 1995; Silverman, 1997).

La característica más destacada de las personas que padecen AN es que presentan un peso extremadamente bajo. El origen del bajo peso no es una enfermedad médica como el cáncer o los problemas gastrointestinales, que con frecuencia resultan en una pérdida de peso significativa; tampoco es consecuencia de otros trastornos mentales como la depresión que puede cursar con pérdida de apetito, ni se asemeja a la negativa a comer presente en algunos casos esquizofrenia paranoica por temor al envenenamiento. La pérdida de peso es, en este caso, deseada, planificada, perseguida con persistencia, es el resultado de una restricción severa de la ingesta, que se traduce en permanecer sin comer durante periodos de tiempo prolongados o en reducir drásticamente la cantidad total de alimento que se ingiere. Muy preocupadas por el peso y la figura, aterrorizadas por la posibilidad del aumento de peso, a menudo se ven gordas aún en estado de desnutrición y persiguen la delgadez (Garfinkel y Garner, 1982). Esta restricción severa, que resulta en una pérdida de peso extrema, se experimenta como un éxito y opera como un refuerzo, reafirmando en sus planes. Lejos de constituir un problema, significa un premio a sus esfuerzos y se halla en la raíz de su baja motivación para solicitar tratamiento e involucrarse en el cambio (Crisp, 1990). Muchas pacientes que padecen anorexia practican ejercicio intenso compulsivo que contribuye a la pérdida de peso. Algunas se provocan el vómito o abusan de laxantes y diuréticos, unas pocas pierden el control aunque, normalmente y al contrario que en otras variantes clínicas como la bulimia nerviosa o el trastorno de atracones, las cantidades que se ingieren suelen ser pequeñas (Fairburn y Harrison, 2003).

Presentan síntomas depresivos, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, irritabilidad, disforia, labilidad emocional, problemas para concentrarse, pérdida del apetito sexual, aislamiento social, si bien la mayoría de estos síntomas mejoran o remiten

espontáneamente como consecuencia del restablecimiento de peso normal (Beumont, 1995).

Suele eclosionar en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, adoptando un carácter transitorio o pudiendo convertirse en un estado muy persistente e incluso provocar la muerte. Las tasas de prevalencia se estiman en torno a un 0,7%, (American Psychiatric Association, 2013); al parecer, la incidencia ha permanecido estable en las últimas décadas, aunque se observa un incremento en el grupo de edad de 15 a 19 años (Smink, van Hoeken y Hoek, 2012).

Respecto a la patogénesis, se ha señalado que la predisposición genética unida a determinadas características psicológicas y a la influencia de factores ambientales, resultarían en la aparición de anorexia; sin embargo, a pesar de años de investigación desconocemos la contribución relativa de cada uno de ellos, ignoramos cómo interactúan o cuáles son los procesos causales implicados; se impone, por tanto, extremar la cautela (Fairburn y Harrison, 2003). Lo que sí parece evidenciarse es que el análisis aislado de variables singulares carecería de poder explicativo, lo que obliga a la adopción de una perspectiva multideterminada (Stice, 2002).

### Criterios diagnósticos

El diagnóstico de AN en el DSM-IV requería de bajo peso, miedo al aumento de peso, alteración en la percepción corporal y amenorrea. En función de los métodos de control de peso utilizados, se proponían dos subtipos de AN, subtipo restrictivo caracterizado por la restricción alimentaria extrema y/o la práctica de ejercicio intenso y el subtipo bulímico - purgativo definido por la presencia de atracones y el uso de laxantes y diuréticos (American Psychiatric Association, 1994). Los criterios se presentan en el Anexo 1 (ver página 247). Abordemos un análisis más pormenorizado de cada uno de los criterios siguiendo a Walsh y Garner (1997).



CRITERIO A: Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

La relevancia clínica de este criterio radica en el grave estado de deterioro físico que provoca; por ello, suele constituir el objetivo prioritario al inicio del tratamiento. La condición incluye dos componentes básicos: el primero se refiere a la *presencia de un peso significativamente bajo*, para el que el DSM-IV establece un umbral del 85% sobre el peso teóricamente adecuado; y el segundo, subraya el carácter *intencional*, destacando el deseo y la determinación de mantenerlo, es decir, el peso bajo no es producto del azar, no se debe a complicaciones de tipo físico, sino que está motivado por el deseo implacable de mantener un peso significativamente bajo y el esfuerzo consciente y persistente por evitar el aumento de peso (Walsh y Garner, 1997). En los casos de las pacientes más jóvenes, no se detecta una pérdida de peso, sino el fracaso en lograr el aumento de peso esperado (Lask y Bryant-Waugh, 1997).

CRITERIO B: Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

El miedo se define en el DSM-IV como *intenso*, de modo que, condiciona y dirige la conducta de la persona que lo experimenta y se maneja mediante el esfuerzo implacable por mantener el control. Se trata además, de un miedo *injustificado*, ya que en la mayoría de los casos no existen elementos objetivos que lo justifiquen, el peso real suele ser extremadamente bajo, no suelen acreditar historia de sobrepeso, ni proceden de familias en las que la obesidad es prevalente. Por último, el significado de "obeso" no es un concepto objetivo, simplemente es miedo a engordar más de lo que pueden tolerar y lo que pueden tolerar se define en base a lo que arbitrariamente han establecido como límite acorde a criterios subjetivos (Walsh y Garner, 1997).

CRITERIO C: Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Este criterio diagnóstico implica tres condiciones (Walsh y Garner, 1997): la primera, una seria *alteración del modo en que se experimentan el peso o la figura*; denota que se perciben

gordas globalmente o, con más frecuencia, que determinadas partes de su cuerpo son desproporcionadamente grandes, esta última apreciación afecta generalmente a las caderas, abdomen o pecho. La segunda subraya el hecho de que el peso y la figura se erigen en los principales en su proceso de *autoevaluación* personal, respondiendo a la convicción de que estar delgada significa la felicidad y estar gorda es deplorable, la pérdida de peso se interpreta como un gran logro y una hazaña, por contra, el aumento de peso se vive con vergüenza, frustración y culpa; así afirman que cuanto más delgadas están, mejor se sienten. Por último, se produce una *negación* de la gravedad que comporta su estado físico, rechazando que el peso bajo merezca la atención médica o intervención psiquiátrica.

CRITERIO D: En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos de estrógenos).

La amenorrea se define en el DSM-IV como la *ausencia de, al menos, tres menstruaciones consecutivas*, vinculándola a la pérdida de peso. Sin embargo, la disminución de peso es sólo uno entre los muchos factores que pueden dar lugar a amenorrea; el estrés por ejemplo, también se asocia a la desaparición de los ciclos menstruales; es posible que otros factores psicológicos y fisiológicos produzcan o contribuyan a la desaparición de los ciclos menstruales (Walsh y Garner, 1997). Por otro lado, la amenorrea aparece en un número mujeres antes de que se haya producido una pérdida de peso significativa que explique la disfunción (Garfinkel, 1995).

### Subtipos

Durante muchos años se ha acumulado evidencia empírica de la variabilidad existente dentro del grupo de anoréxicas (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980; Da Costa y Halmi, 1992; Garner, 1993; Herzog y otros, 1996). El DSM-IV incluye la definición de dos grandes subgrupos que se distinguen tanto en cuanto a la psicopatología específica como en cuanto a la psicopatología general. La anorexia de tipo restrictivo se caracteriza por la

ausencia de atracones y purgas mientras que la anorexia de tipo bulímico - purgativo se caracteriza por la presencia de atracones y purgas, característica que comparte con la bulimia. Además, los subgrupos presentan diferencias en los perfiles psicológicos. Las anoréxicas de tipo bulímico-purgativo mostraban mayores índices de problemas de control de impulsos, un curso de enfermedad más prolongado y presentan un peso comparativamente mayor. Las anoréxicas de tipo restrictivo, por su parte, reciben puntuaciones más elevadas en rasgos obsesivos y presentan mayores niveles de aislamiento social (Walsh y Garner, 1997).

#### Limitaciones de los criterios diagnósticos DSM IV para la anorexia nerviosa

La primera limitación afecta al criterio A: *rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal*. El problema radica en establecer cuál es ese valor mínimo normal, aunque habitualmente se fija en menos de un 85% del peso esperado. Este punto de corte no parece predecir una mejor respuesta al tratamiento, ni tener en consideración las diferencias en función de la edad, el género o la raza. El criterio tampoco especifica el tiempo de duración en que el bajo peso debiera mantenerse para generar un impacto negativo, por ejemplo, respecto al pronóstico (Wifley, Bishop, Wilson y Agras, 2007).

La segunda limitación hace referencia al criterio D: *presencia de amenorrea durante tres meses consecutivos*. Las razones que se aducen son varias: a) no parecía erigirse en marcador fiable de la pérdida de peso, ya que algunas mujeres con pérdidas de peso significativas seguían menstruando; b) además, la presencia o no de menstruación no parecía establecer diferencias con respecto a otras variables como las demográficas, historia de enfermedad, mejor respuesta al tratamiento, o comorbilidad (Attia y Roberto, 2009; Garfinkel y otros, 1996; Watson y Andersen, 2003). Hemos de tener en cuenta que, tal y como se formulaba, este criterio no era aplicable a mujeres premenárrquicas, por ejemplo, en los casos de niñas de 7 u 8 años, no se detectaba ausencia de menstruación puesto que esta no se había producido, pero sí se identificaba un retraso en su aparición (Bryant-Waugh y Lask, 1993; Bryant-Waugh y Lask, 1995).

Por último, también se cuestionó la validez de la distinción entre los dos subtipos restrictivo y bulímico-purgativo; esta diferenciación que se justificó en su día en base a niveles de comorbilidad y malestar más elevados del subgrupo bulímico-purgativo, no se ha corroborado; y la evidencia empírica indica que la anorexia restrictiva suele evolucionar hacia la variante bulímico-purgativa, lo que podría sugerir que nos hallamos ante una expresión más severa del cuadro, en lugar de encontrarnos ante dos subtipos diagnósticos (Eddy y otros, 2002; Wifley, Bishop, Wilson y Agras, 2007; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007).

## Bulimia nerviosa

### El cuadro clínico

A finales de los años 70 se definió la bulimia nerviosa (BN), antes era, al menos en la práctica clínica, un cuadro infrecuente y, en consecuencia, había recibido poca atención por parte de los investigadores (Russell, 1997). Se describió por primera vez como una variante de la anorexia nerviosa (Russell, 1979). En 1980, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) propuso la bulimia nerviosa como una entidad clínica diferenciada de la anorexia nerviosa. No obstante, la confusión reina en la literatura de esta época puesto que se emplea el mismo término: bulimia, para hablar de un síntoma y para hablar de un cuadro, por lo que en 1987: el DSM-III R (American Psychiatric Association, 1987) cambió el término de bulimia por el de bulimia nerviosa.

La característica más destacada de la bulimia nerviosa son los atracones, que se definen como el consumo de una gran cantidad de comida asociada a sensación de pérdida de control. La cantidad de comida que se consume durante los atracones varía de unas personas a otras, pero todas ellas viven la pérdida de control con angustia y vergüenza, por tal razón, suele producirse en secreto; en ocasiones se trata de pérdidas de control planificadas y siempre tratan de ocultarlo. A diferencia de lo que cabría pensar, no necesariamente presentan sobrepeso sino peso normal, ya que el consumo de grandes

cantidades de comida se compensa por medio de la purga o la práctica de ejercicio (Fairburn y Garner, 1986).

El malestar que genera la pérdida de control suele ser la clave para solicitar ayuda y, está en el origen de un mayor compromiso con respecto al tratamiento que el observado en la anorexia nerviosa, aunque la solicitud de ayuda por parte de las bulímicas se produce también con cierta dilación (Fairburn y Harrison, 2003). Las personas con bulimia suelen presentar con frecuencia síntomas de ansiedad y depresión; algunas abusan de sustancias y se autolesionan; dada la complejidad de los cuadros estos subgrupos probablemente se encuentran sobrerrepresentados en los programas de tratamiento (Lacey, 1995).

Suele aparecer ligeramente más tarde que la de la anorexia nerviosa: en la juventud o en los primeros años de la edad adulta. Aunque es preciso matizar que, con frecuencia, se inicia en forma de anorexia, mediante intentos de restricción severos que no son sostenibles y desencadenan la pérdida de control dando lugar a atracones (Beumont, 1995). La prevalencia de la bulimia nerviosa entre mujeres jóvenes se estima en torno al 1-1,5 % (American Psychiatric Association, 2013), aunque parece haber decrecido desde principios de los 90 (Smink, van Hoeken y Hoek, 2012).

Los factores que se han señalado como responsables en la patogénesis de la bulimia nerviosa han sido muy diversos y abarcan los factores genéticos, psicológicos y socioculturales; al igual que en la anorexia nerviosa, posiblemente existen diversas trayectorias y combinaciones de variables que resultan en la precipitación del cuadro, aunque desconocemos su contribución relativa o las interacciones que mantienen entre ellos (Fairburn y Harrison, 2003; Stice, 2002).

#### Criterios diagnósticos del DSM IV para la bulimia nerviosa

Según el DSM-IV, el diagnóstico de bulimia nerviosa debía producirse en ausencia de AN, exigiendo la presencia episodios recurrentes de atracón y el uso de conductas compensatorias inadecuadas para controlar el peso (consumo de laxantes y diuréticos), con

una frecuencia de, al menos, 2 veces por semana durante un periodo de tres meses. Se proponían también dos subtipos de BN, el subtipo purgativo, en el caso de que los atracones se trataran de contrarrestar mediante vómitos, laxantes o diuréticos y subtipo no purgativo, en el supuesto de que el intento de compensación se realizara mediante el ayuno o el ejercicio intenso (American Psychiatric Association, 1994). Los criterios diagnósticos específicos se presentan en el Anexo 2 (ver página 248). Abordemos un análisis más pormenorizado de cada uno de los criterios siguiendo a Walsh y Garner (1997).

#### CRITERIO A: Episodios recurrentes de atracón.

El DSM-IV reconoce los episodios de atracón como síntoma de la bulimia nerviosa. No obstante, es preciso señalar que este síntoma se halla también presente en la anorexia nerviosa, en el trastorno de atracones, en la obesidad e, incluso, en personas de peso normal sin ningún diagnóstico de trastorno de alimentación.

La definición operativa de *atracon* se ha sometido a sucesivas modificaciones en las distintas versiones del DSM. En su última publicación, el DSM-IV (1994) considera que un *atracon* implica la presencia de dos condiciones: (a) el consumo de una gran cantidad de comida; y (b) la pérdida de control sobre el comer durante el episodio (American Psychiatric Association, 1994). Los elementos que componen el síntoma ya se han desarrollado en apartados anteriores de este trabajo

CRITERIO B: Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son: la provocación del vómito el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos y el ayuno y ejercicio excesivo

Las pacientes bulímicas recurren habitualmente a métodos extremos de control en un intento por compensar el peso que se ha incrementado como consecuencia de los episodios bulímicos. Se trata de conductas compensatorias *inapropiadas* es decir, nocivas para la salud que deben producirse *reiteradamente*, no de forma esporádica y, con la finalidad de *influir en el peso*. La estrategia de control de peso más utilizada es la provocación del vómito, el uso injustificado de laxantes o diuréticos tampoco suele ser infrecuente; ocasionalmente encontramos pacientes que utilizan enemas u omiten la administración de insulina,

practican ayuno (ausencia de consumo calórico en el transcurso de 24 horas) o un tipo de ejercicio que interfiere con otras actividades importantes en la vida de la persona, en horas o lugares inadecuados o a pesar de estar contraindicado (Walsh y Garner, 1997).

CRITERIO C: Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

Este criterio diagnóstico ha sido fuente de controversia debido a su arbitrariedad; lo que pretende subrayar es que las conductas deben reflejar un problema recurrente y persistente, pero no existe evidencia de que el umbral establecido refleje diferencias sustanciales ni desde el punto de vista de la psicopatología asociada, ni desde el punto de vista de su valor predictivo con respecto al pronóstico; por otro lado, excluye a personas que presentan problemas clínicamente graves, por ejemplo, a las personas que presentan una frecuencia de una vez por semana pero sostenida a lo largo de muchos años, lo cual no deja de ser un problema (Walsh y Garner, 1997).

CRITERIO D: La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

Se manifiesta como una preocupación desmedida por el peso y la figura, una autoestima excesivamente regulada en función de la apariencia. Los elementos que componen el síntoma ya se han desarrollado en apartados anteriores de este trabajo

CRITERIO E: La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Este criterio aparece por primera vez en el DSM-IV y se refiere a aquellos casos en los que la persona reúne condiciones para recibir un diagnóstico tanto de anorexia como de bulimia, cumpliendo los criterios diagnósticos para los dos trastornos; en caso de que así sucediera, prevalece el diagnóstico de anorexia nerviosa sobre el de bulimia. Esta decisión pretende destacar el hecho de que la persona sólo tiene un trastorno en lugar de dos y, subrayar la gravedad clínica del bajo peso (Walsh y Garner, 1997).

### Subtipos de bulimia

Al igual que sucede con la anorexia, entre las personas que padecen bulimia se encuentran diferencias importantes. El DSM-IV propone por primera vez la distinción de dos subgrupos dentro de las pacientes bulímicas. La bulimia de tipo purgativo que se caracteriza por la utilización de la purga como método de compensación de peso, se considera purga a la utilización de vómitos, laxantes, diuréticos y enemas. Además este subgrupo presenta típicamente peso más bajo, mayores índices de sintomatología depresiva, mayor preocupación relativa al peso y la figura, alteraciones electrolíticas. Y un segundo subgrupo bulimia de tipo no purgativo que se caracterizaría por no utilizar regularmente la purga sino el ayuno y el ejercicio intenso como métodos de compensación del aumento de peso provocado por los atracones (American Psychiatric Association, 1994).

### Limitaciones de los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa

El síntoma saliente de la bulimia presenta varios puntos problemáticos, el primero de ellos afecta a la referencia temporal en un corto espacio de tiempo; ya que el hecho de que los atracones deban producirse en el marco de un límite de tiempo no ha obtenido refrendo empírico, ni tampoco se ha demostrado que, la mayor o menor duración de los atracones tuviera utilidad clínica (Devlin, Golfein y Dobrow, 2003); el segundo punto en liza, se refiere a la dificultad para establecer definiciones operativas de lo que constituye una gran cantidad de comida, dado que la estimación está sujeta a variables contextuales y culturales, tal como se ha desarrollado en el apartado Psicopatología específica de los TCA (Arikian y otros, 2012); unido, en tercer lugar, a la conveniencia de modificar la definición incluyendo los episodios bulímicos subjetivos, en los que, la cantidad ingerida resultaría irrelevante y la sensación de pérdida de control se erigiría como la condición esencial para la definición de atracón (Fitzsimmons-Craft y otros, 2014; Birgegard, Clinton y Norring, 2013).

Otros dos criterios, el C: Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar como promedio, el menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses, el



umbral de 2 veces por semana y durante 3 meses (Crow, Agras, Halmi, Mitchell y Kraemer, 2002) ni la propuesta de los subtipos purgativo no purgativo, habían recibido refrendo empírico (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007).

Trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCA NE)

### Definición y casuística

El DSM-IV proponía la categoría Trastorno de alimentación no especificado, para agrupar todas aquellas manifestaciones de relevancia clínica que no cumplían los criterios establecidos para emitir un diagnóstico de AN o BN, al no hallarse presente alguno de los criterios, o no manifestarse con la frecuencia y/o intensidad exigida. En este caso, no se proporcionaban criterios diagnósticos, sino ejemplos de posibles casuísticas, tal como se especifica en la Tabla 4.

Este grupo trataba de dar respuesta a las insuficiencias que planteaba el sistema de clasificación vigente. Los cuadros que hemos analizado hasta ahora, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa gozan de una relativa consistencia interna, estos grupos se justifican en base a una serie de las características definitorias, que les imprimen cohesión y les diferencian de otros trastornos. A diferencia de ellas, los trastornos de alimentación no especificados se definían en base a un criterio de exclusión externo incorporando a todos los trastornos de conducta alimentaria que no encajaban ni en la AN ni en la BN. Se trataba de una categoría grande y heterogénea ya que las excepciones planteadas a los umbrales establecidos para los dos grandes síndromes eran múltiples. Dicha heterogeneidad planteaba una gran dificultad para introducir orden y sistematicidad en la categoría. A pesar de representar un porcentaje importante de la demanda, era la gran olvidada en la literatura científica y los investigadores le habían dedicado poca atención; como consecuencia, la documentación disponible era escasa y la evidencia empírica prácticamente inexistente (Fairburn, Welch y Hay, 1993).

**Tabla 4. Ejemplos de casuísticas propuestas en el DSM-IV dentro de la categoría TCA no especificado.**

| Ejemplos de casuísticas propuestas para el TCA no especificado |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)                                                            | En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.                                                                                                         |
| (2)                                                            | Se cumplen todos los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.                 |
| (3)                                                            | Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de tres meses.     |
| (4)                                                            | Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber ingerido dos galletas). |
| (5)                                                            | Masticar, expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.                                                                                                                                                           |
| (6)                                                            | Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.                                                                             |

Dentro del grupo destaca el Trastorno de Atracónes, definido como la presencia de atracones recurrentes, asociado a estrés, en ausencia de conductas compensatorias inadecuadas. Fue a comienzos de la década de los 90 cuando se propuso como una nueva categoría diferenciada y clínicamente relevante (Spitzer y otros, 1991; Spitzer y otros, 1992; Spitzer y otros, 1993). Aunque esta propuesta recibió contestación al considerar que la creación de un nuevo diagnóstico resultaba prematuro a la luz de los datos disponibles (Fairburn, Welch y Hay, 1993).

El debate sobre la oportunidad o no de incluir el TA como categoría diagnóstica diferenciada, se zanjó adoptando una vía intermedia y el DSM-IV incorporó los criterios diagnósticos propuestos por Spitzer et al. (1991), pero a la vez, planteó la apertura de un periodo provisional de investigación incluyéndolo en el apartado Criterios y ejes para estudios posteriores que se facilitan en el Anexo 4 (ver página 250).

#### Limitaciones de la categoría TCA NE

Se trataba de una categoría relevante desde la perspectiva clínica, descuidada desde el punto de vista científico, epidemiológicamente significativa, e incómoda y desafiante, desde el punto de vista diagnóstico. Los trastornos de alimentación no especificados delataban la imperfección de un sistema de clasificación que a pesar de haber logrado importantes grados de precisión en algunas áreas fracasaba, al menos parcialmente, en dar respuesta a la

complejidad de los trastornos del comportamiento alimentario (Fairburn, Welch y Hay, 1993; Spitzer y otros, 1993). Este fracaso y la aspiración de superarlo a través de una propuesta alternativa, guió la articulación del DSM-5 que se expone en el siguiente apartado.

### **1.3.2. Propuesta de clasificación de los TCA del DSM 5**

#### **DSM 5. Modificaciones al esquema de clasificación**

Durante el periodo de vigencia del DSM-IV se argumentó que la realidad clínica se mostraba mucho más heterogénea, compleja y dinámica de lo que se reflejaba en este esquema de clasificación (Fairburn y Cooper, 2011) y que aun siendo un sistema basado en el conocimiento de los expertos y en los consensos que se habían adoptado en el área, la evidencia empírica no había logrado refrendar la propuesta (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007), poniendo de relieve que las categorías de TCA definidas poseían una validez limitada y requerían refinamiento o perfeccionamiento (Wifley, Bishop, Wilson y Agras, 2007).

El sistema planteaba una gran fisura, que afectaba fundamentalmente a la categoría trastorno de conducta alimentaria no especificado, nacida con vocación residual; se erigía sin embargo en el diagnóstico más frecuente por encima de la anorexia y la bulimia. Dependiendo de los estudios entre un 45% y 60% de las personas atendidas recibían este diagnóstico (Fairburn y Bohn, 2005; Fairburn y otros, 2007; Rockert, Kaplan y Olmsted, 2007). Además, al contrario de lo que cabría anticipar, las personas incluidas en este grupo, mostraban una sintomatología equivalente y con niveles de deterioro similares a los observados en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa (Stice, Marti y Rodhe, 2013; Thomas, Vartanian y Brownell, 2009). Sin embargo, a pesar de su prevalencia y severidad, esta categoría había suscitado escaso interés entre los investigadores del área (Fairburn, Cooper, Doll y Davies, 2005), como consecuencia, no existían descripciones clínicas disponibles, se carecía de información sobre el curso de los trastornos o de orientaciones para el tratamiento. Por último, la categoría reunía una gran variedad de casuísticas y entidades clínicas, algunas de las cuales compartían esencialmente la sintomatología de la

anorexia o de la bulimia, aunque no llegaban a los umbrales exigidos para definir un caso; pero otros tipos, parecían reflejar una lógica psicopatológica bien distinta.

El gran reto del DSM-5 consistía en generar una alternativa que superara las insuficiencias derivadas del esquema DSM-IV. Se adoptaron dos medidas: la menos extrema, proponía reajustar el sistema, relajando los criterios exigidos para los diagnósticos de AN y BN, (Fairburn y Cooper, 2011); la otra más radical, planteaba la inclusión de nuevas variantes diagnósticas entre ellas el trastorno de atracones (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby y Engel, 2009).

La primera consecuencia de estas modificaciones se evidenció en un incremento del número de categorías diagnósticas; así, en lugar de las tres del DSM-IV, el DSM-5 distingue cinco categorías excluyentes entre sí (American Psychiatric Association, 2013); por un lado, tres claramente consolidadas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones; y, junto a ellas, otras dos categorías menos definidas y de naturaleza más heterogénea: (a) Otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados, que, a su vez, incluye 5 tipos: anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa de baja frecuencia y/o duración limitada, el trastorno de atracones de frecuencia baja y/o duración limitada, el trastorno por purgas y el síndrome de la ingesta nocturna de alimentos; y, (b) el trastorno de conducta alimentaria no especificado, que sigue reservándose para aquellos casos de entidad clínica que no reúnen las condiciones exigidas para obtener otros diagnósticos. Actualmente, ya se debate acerca de la oportunidad de incluir la *obesidad* (Devlin, 2007) y la *non fat phobic anorexia nervosa* (Becker, Thomas y Pike, 2009; Becker, Thomas y Pike, 2011; Russell, 1979).

La segunda consecuencia relevante es la incorporación de nuevas categorías diagnósticas: el *trastorno de atracones*, el *trastorno por purgas* y el *síndrome de la ingesta nocturna* (Attia, y otros, 2013). El primero de ellos, el Trastorno de Atracones, ampliamente documentado a partir de la investigación intensiva a la que se ha sometido a lo largo de la última década (Wolfe, Wood-Baker, Smith y Kelly-Weeder, 2009); la inclusión del trastorno por purgas (Keel y Striegel-Moore, 2009) y el síndrome de la ingesta nocturna (Striegel-Moore, Franko y García, 2009) han sido fuente de mayor controversia.

El tercer gran cambio afecta a la relajación de las exigencias requeridas para cumplimentar los diagnósticos de TCA; esta flexibilización se concreta, en unos casos, en la reducción del número de criterios exigidos, la AN por ejemplo, no requiere de amenorrea; en otros casos, consiste en rebajar los umbrales de frecuencia o intensidad exigidos, la BN y el TA, requieren ahora de un episodio de atracón por semana durante tres meses en lugar de los 2 establecidos en el DSM-IV. La exigencia para recibir un diagnóstico se flexibiliza más si cabe en la categoría: *Otros trastornos de la conducta alimentaria especificados*; la AN atípica, por ejemplo, se define por el miedo intenso a engordar y la alteración de la percepción corporal y en los casos de *BN de baja frecuencia y/o duración*, la presencia de atracones y conductas compensatorias se producen menos de 1 vez por semana o menos de tres meses (American Psychiatric Association, 2013).

La cuarta consecuencia es un intento tímido por conciliar el enfoque categórico con el enfoque dimensional. Por primera vez, se ensaya la inclusión de diversas dimensiones asociadas a los trastornos específicos, la finalidad es reflejar la variabilidad existente dentro de los grupos en relación a la gravedad de los cuadros; así, para la anorexia nerviosa se incluye una dimensión de severidad relativa al índice de masa corporal; en el caso de la bulimia, la dimensión de severidad afecta a la frecuencia de las conductas compensatorias y la dimensión propuesta para el trastorno por atracón se centra en la frecuencia de los atracones (Wildes y Marcus, 2013).

#### DSM 5. Modificaciones de los criterios diagnósticos

El DSM-5 mantiene todos los criterios del DSM-IV excepto el de *amenorrea*. Por lo tanto, el diagnóstico de AN en el DSM-5 exige bajo peso, miedo al aumento de peso y alteración en la percepción corporal. En función de los métodos de control de peso utilizados, se mantienen los dos subtipos de AN, *subtipo restrictivo* caracterizado por la restricción alimentaria extrema y/o la práctica de ejercicio intenso y el *subtipo bulímico - purgativo* definido por la presencia de atracones y el uso de laxantes y diuréticos. También se facilita una dimensión de severidad en relación al índice de masa corporal y la posibilidad de estimar si se ha producido una remisión parcial o total de alguno o varios síntomas. Los criterios se presentan en el Anexo 1 (Ver página 247).

Las modificaciones de los criterios diagnósticos para la BN afectan al criterio C, “Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, (tienen lugar como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses)”, dado que el umbral de 2 veces por semana y durante 3 meses no había recibido corroboración empírica (Wilson y Sysko, 2009). Se rebaja la frecuencia y la temporalidad a 1 por semana. En consecuencia, según el DSM-5, el diagnóstico de bulimia nerviosa, debe producirse en ausencia de AN, exigiendo, la presencia de episodios recurrentes de atracón y el uso de conductas compensatorias inadecuadas para controlar el peso (consumo de laxantes y diuréticos), con una frecuencia de, al menos, una vez por semana, en lugar de las dos veces por semana establecidas en el DSM-IV, durante un periodo de tres meses. Los subtipos también se han eliminado. Se propone una dimensión de severidad en relación a la frecuencia de episodios bulímicos y conductas compensatorias. Asimismo, se posibilita la especificación de remisión parcial o total en el caso en que se haya producido. Los criterios diagnósticos específicos se presentan en el Anexo 2 (Ver página 248).

Las modificaciones de los criterios diagnósticos para el TA afectan al criterio: Los atracones, tienen lugar como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses, dado que el umbral de 2 veces por semana y durante 3 meses no había recibido corroboración empírica (Wilson y Sysko, 2009), se rebaja la frecuencia y la temporalidad a una vez por semana. En consecuencia, según el DSM-5, el diagnóstico de trastorno por atracón debe producirse en ausencia de AN, exigiendo la presencia de episodios recurrentes de atracón con una frecuencia de, al menos, una vez por semana en lugar de las dos veces por semana establecidas en el DSM-IV, durante un periodo de tres meses. También en el caso del TA se facilita una dimensión de severidad en relación a la frecuencia de episodios. Adicionalmente, se posibilita la especificación de remisión parcial o total en el caso en que se haya producido. Los criterios diagnósticos específicos se presentan en el Anexo 3 (ver página 249).

Se incluye una nueva categoría denominada *Otros trastornos de conducta alimentaria especificados*, ideada para aquellas situaciones en las que se reúnen las condiciones para establecer la presencia de un TCA, pero no se cumplen los criterios diagnósticos definidos

para ninguno de los trastornos específicos; en este caso se especifica el motivo, el manual proporciona algunas casuísticas.

**Tabla 5. Ejemplos de casuísticas propuestas en el DSM-5 dentro de la categoría TCA especificado.**

| Trastorno de la ingesta o de la conducta alimentaria especificado<br>307. 50 (F50,9) DSM V                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Anorexia nerviosa atípica.</b> Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa excepto que el peso del individuo a pesar de la pérdida de peso significativa está dentro o por encima del intervalo normal.</p> <p><b>Bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada).</b> Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.</p> <p><b>Trastorno de atracones (de baja frecuencia y/o duración limitada).</b> Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.</p> <p><b>Trastorno por purgas.</b> Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.</p> <p><b>Síndrome de la ingesta nocturna de alimento.</b> Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por la influencias en los cambios de ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo Y/o problemas de funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.</p> |

Por último, se mantiene la categoría trastorno de conducta alimentaria no especificado y se reserva para los casos en que cumpliéndose las condiciones de TCA, no se cumplan los criterios diagnósticos para un diagnóstico específico, hasta el punto de que el clínico decida no especificar la causa del incumplimiento, por ejemplo, en los servicios de urgencias por carecer de suficiente información (American Psychiatric Association, 2013).

Se espera que esta nueva revisión proporcione a los clínicos y a los investigadores el marco conceptual necesario desde el que dirigir su trabajo. Ahora bien, ¿las medidas adoptadas en el DSM-5 se vislumbran eficaces teniendo en cuenta los objetivos que se habían propuesto? Resulta prematuro aventurar una respuesta, lo que sí podemos adelantar es que, aun reconociendo las virtualidades del nuevo esquema frente al antiguo, algunas cuestiones siguen abiertas, las abordamos a continuación:

### Sobrerrepresentación del TCA no especificado

El gran reto del DSM-5 consistía en dar respuesta a los problemas que generaba el grupo TCA no especificado del DSM-IV. Tal como se ha descrito, se adoptó una estrategia múltiple, por un lado, relajar los criterios de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; por el otro, el reconocimiento de nuevas categorías diagnósticas diferenciadas como: el trastorno de atracones, el trastorno por purgas o el síndrome de la ingesta nocturna. Se esperaba que tales modificaciones aligeraran la concentración casos en el TCA no especificado; la cuestión es: ¿Se ha logrado el objetivo?

Por un lado, los ensayos de trasposición que se han realizado apoyan la efectividad de estas medidas, puesto que los datos revelan un desplazamiento de casos hacia las categorías específicas: AN, BN y TA, junto a una reducción notable del volumen de diagnósticos de TCA no especificado, de un 52,7% a un 25,1 %, (Fairburn y Cooper, 2011) del 68% al 53% (Keel, Brown, Holm-Denoma y Bodell, 2011) en función de los estudios; pero, por el otro, parece tener una eficacia relativa ya que el grupo sigue reteniendo un porcentaje significativo de casos.

Existen algunas propuestas para relajar aún más los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón y definir categorías más amplias de trastornos de conducta alimentaria (Walsh y Sysko, 2009)<sup>3</sup>; este ejercicio redundaría, sin lugar a dudas, en una reducción de TCA no especificado, sus defensores realizaron un ensayo y obtuvieron una reducción al 7,2%, (Sysko y Walsh, 2011); sin embargo, relajar hasta ese punto las exigencias para el diagnóstico supondría asumir un riesgo importante, ya que los conceptos diagnósticos quedarían desdibujados hasta resultar irreconocibles (Fairburn y Cooper, 2011).

---

<sup>3</sup> El esquema de Categorías Amplias de Trastornos de Alimentación diferencia Anorexia nerviosa y trastornos conductuales similares, Bulimia nerviosa y trastornos conductuales similares, trastorno por atracón y trastornos conductuales similares. Para una información más exhaustiva, consulte el Walsh, B.T. y Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): An alternative system for classification. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 754-764.



### Inestabilidad diagnóstica

Una segunda cuestión se refiere al curso de los trastornos alimentarios y a las migraciones diagnósticas que se producen entre las categorías específicas. Cuando se analiza la evolución de las personas que han padecido TCA y se adopta una perspectiva temporal, se observa que los síntomas no permanecen estáticos y que los trastornos son realidades cambiantes (Fairburn y Cooper, 2011). Singularmente, estos flujos diagnósticos se producen de una categoría a otra dentro de la categoría global de TCA, esto es, de anorexia nerviosa a bulimia nerviosa, o entre los subtipos, de anorexia nerviosa restrictiva a la bulímica purgativa (Eddy y otros, 2008; Fairburn y Cooper, 2007; Milos, Spindler, Schnyder y Fairburn, 2005) pero curiosamente estas migraciones no se producen hacia otros trastornos mentales. Si se sigue el actual sistema de clasificación, una persona podría recibir un diagnóstico de AN con 16 años, obtener el alta, volver a recibir tratamiento a los 25, esta vez con un diagnóstico de BN y posteriormente, evolucionar hacia un trastorno de conducta alimentaria no especificado. En sentido estricto, a lo largo de su vida habría recibido tres diagnósticos, indicando que ha padecido tres trastornos distintos, pero, en la experiencia de las personas afectadas, se trataría de la misma alteración que se activaría adoptando en distintos momentos de su vida diferentes expresiones o manifestaciones distintas (Fairburn, 2008; ; Fairburn y Cooper, 2011; Waller, 2008). Algunos estudios longitudinales han corroborado esta impresión clínica; la categoría global: trastorno de conducta alimentaria se mantiene estable, mientras que las otras tres categorías: AN, BN y TCA no especificado se muestran inestables; solo un tercio de la muestra mantuvo el diagnóstico original, lo que permite concluir que la migración es común y recurrente (Eddy y otros, 2008).

### Enmiendas a la totalidad

Se apuntan también alternativas más radicales, que supondrían una enmienda a la totalidad y plantear un nuevo esquema de clasificación. Comentaremos brevemente las más destacadas.

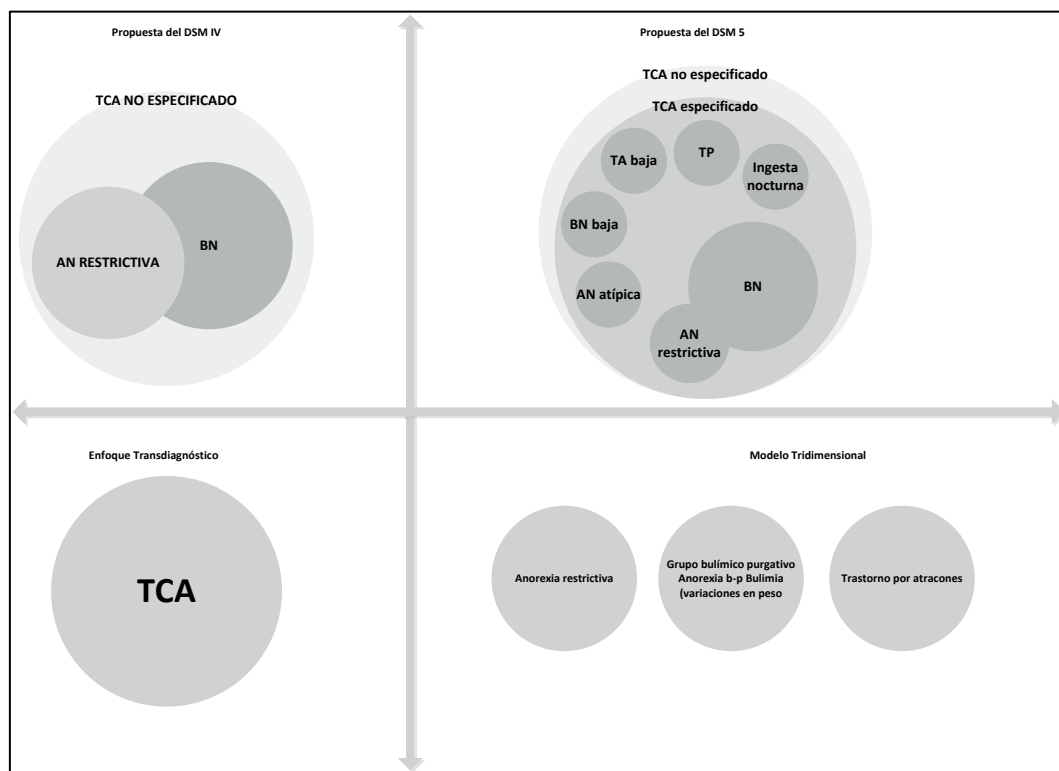
### El enfoque transdiagnóstico

Reconoce una única categoría a la que denomina trastorno de conducta alimentaria que aglutinaría todas las variantes diagnósticas. Sus defensores se apoyan en la idea de que, lo realmente importante es lo que confiere cohesión a los TCA, no lo que les separa. El modelo se fundamenta en la hipótesis de que todas las expresiones de TCA comparten el mismo núcleo psicopatológico, la sobrevaloración del peso, de la figura y su control; además, de algunas características clínicas como la restricción extrema, la ocurrencia de atracones o el uso de métodos de compensación inadecuados. Sobre esta base, proponen un tratamiento cognitivo conductual, en el que lo relevante no es el diagnóstico, las singularidades que el trastorno adopta en cada caso y los mecanismos de mantenimiento específicos que lo hacen resistente al cambio (Fairburn y Cooper, 2011; Fairburn, 2008; Fairburn, Marcus y Wilson, 1993); en este sentido, se desmarca claramente del enfoque defendido por el DSM, que subraya las diferencias entre las distintas expresiones de los trastornos, en lugar de centrarse en las similitudes (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007).

### Modelo tridimensional

El modelo tridimensional los trastornos de conducta alimentaria según un modelo de tres dimensiones, una de ellas, la de atracón de naturaleza cualitativa y de carácter discontinuo; las otras dos relativas al miedo a engordar-conductas compensatorias y a la obsesión extrema por la delgadez, por el contrario, mostrarían un carácter continuo. Al aplicar estas dimensiones al esquema propuesto por el DSM, la anorexia nerviosa subtipo restrictivo, la obesidad y los grupos normales, parecen ubicarse en las dos dimensiones continuas. Mientras que los trastornos que incluyen atracones: anorexia nerviosa tipo bulímico-purgativo, bulimia nerviosa o trastorno de atracones, se entenderían como una categoría discontinua con respecto a la anorexia restrictiva, la obesidad y la normalidad. Este modelo reconoce la anorexia nerviosa de tipo restrictivo como la única manifestación de anorexia; la anorexia nerviosa de tipo bulímico purgativo y la bulimia, como expresiones de una misma categoría que presentan diferencias en el peso y el trastorno de atracones en un tercer grupo (Williamson, Gleaves y Stewart, 2005).

**Figura 1. Resumen propuestas del DSM-IV y DSM-5, según enfoques.**



Todos estos modelos abordan algunas de las deficiencias que se derivan del sistema de clasificación DSM, sin embargo, resta comprobar su validez diagnóstica. El modelo transdiagnóstico, por ejemplo, supera numerosos problemas derivados del sistema de clasificación del DSM, por ejemplo, los relativos a la heterogeneidad y a la inestabilidad. Su principal virtualidad es que encaja con la experiencia clínica y plantea implicaciones para el tratamiento (Waller, 2008), pero los estudios de análisis taxométricos y las investigaciones de análisis latente de clases han revelado diferencias entre las personas que restringen y las que presentan episodios de atracón y purga, lo que cuestiona el planteamiento transdiagnóstico (Peterson y otros, 2012; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007).

El melón de la clasificación sigue abierto, los intentos por resolverlo solo han resultado parcialmente eficaces, ya que, a pesar de todos los esfuerzos realizados, un porcentaje importante de personas afectadas no encaja en los esquemas que se han propuesto; una vez

más la realidad se muestra más compleja y singular de lo que somos capaces de describir. Ciertamente el enfoque categórico resulta cómodo desde el punto de vista del investigador ya que proporciona una fotografía estática de los fenómenos, pero la realidad es dinámica y cambiante, tal como muestra la inestabilidad diagnóstica que se evidencia cuando observamos el curso de los trastornos y su evolución.

La adopción de una perspectiva histórica indica que el número de trastornos de conducta alimentaria ha sufrido un incremento exponencial, la pregunta que cabría hacerse es: esta tendencia a la proliferación de trastornos, ¿ayuda a comprender mejor el fenómeno? ¿Repercute en una mejora asistencial? La introducción de nuevas categorías como el trastorno por purgas o el síndrome de la ingesta nocturna, sobre los que no se proporcionan indicadores para el diagnóstico, ni descripciones clínicas u orientaciones para el tratamiento ¿no resultan prematuras? Relajar los criterios exigidos hasta el límite por ejemplo, en el caso de la AN atípica, ¿no desdibuja la frontera entre la alteración y la normalidad? Estas y otras preguntas siguen sin respuesta, deberá ser la investigación empírica rigurosa y la evidencia que se acumule en adelante, las que determinen el grado de utilidad y validez de las modificaciones que se han realizado.

#### **1.4. Devaluación de la psicopatología específica y la emisión de un diagnóstico: el EDE 12.OD**

Tal como ha quedado evidenciado en las secciones anteriores de este trabajo, la definición de lo que constituye un caso de TCA sigue generando controversia; parece evidente que sólo la investigación rigurosa permitirá superar las limitaciones del conocimiento actual, pero aquélla se ve condicionada, entre otros factores, por la disponibilidad de instrumentos fiables, sensibles y robustos, que logren capturar las características que imprimen cohesión a la categoría, dibujar con la mayor precisión posible las líneas rojas entre normalidad y alteración, así como vertebrar un sistema de clasificación que oriente el trabajo clínico de forma fidedigna.

En las últimas décadas, gran parte del esfuerzo de los investigadores del área se ha dirigido hacia la creación de herramientas que permitan la identificación de trastornos de conducta

alimentaria y su descripción. Como resultado de dicho trabajo, en la actualidad, contamos con un ingente volumen de instrumentos, algunos de los más destacados aparecen en Tabla 6; no obstante, es preciso señalar la existencia de significativas diferencias entre ellos. Tales diferencias afectan a los objetivos que persiguen, a los constructos que evalúan, al procedimiento o método de evaluación en el que se basan y a las cualidades psicométricas que reúnen.

**Tabla 6. Instrumentos para la evaluación de la psicopatología de los TCAs.**

| INSTRUMENTO                                                  | AUTORES                                             |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Eating Disorders Attitudes (EAT)                             | (Garner & Garfinkel, 1979)                          |
| Binge Eating Scale (BS)                                      | (Hawkins y Clement, 1980)                           |
| Eating Attitudes Test (EAT-26)                               | (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982)           |
| Eating Disorder Inventory (EDI)                              | (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983)                   |
| Bulimia Test (BULIT)                                         | (Smith & Thelen, 1984)                              |
| Compulsive Eating Scale                                      | (Golden, Buzcek y Robins, 1986)                     |
| Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)                   | (Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986)    |
| Setting Conditions for Anorexia Nervosa Scale (SCANS)        | (Slade & Dewey, 1986)                               |
| Body Shape Questionnaire (BSQ)                               | (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987)           |
| Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)                 | (Henderson & Freeman, 1987)                         |
| Clinical Eating Disorders Rating Instrument (CEDRI)          | (Palmer, Christie, Cordle, Davies, & Kenrick, 1987) |
| Eating Disorder Examination (EDE)                            | (Cooper & Fairburn, 1987)                           |
| Disordered Eating and Weight Control Instrument (DEWCI)      | (Lundholm & Wolins, 1989)                           |
| Eating Behavior Rating Scale (EBRS)                          | (Wilson, Touyz, Stuart, & Beumont, 1989)            |
| Stroop Test                                                  | (Ben-Tovim, Walker, Fok, & Yap, 1989)               |
| Eating Habits Questionnaire (EHQ)                            | (Coker & Roger, 1990)                               |
| Bulimia Test Revised (BULIT-R)                               | (Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith, 1991)          |
| Structured Interview for Anorexia and Bulimia (SIAB)         | (Fichter, y otros, 1991)                            |
| Eating disorders Examination Questionnaire (EDE-s EDE-DIAG ) | (Fairburn & Beglin, 1994)                           |
| Eating Disorder Evaluation Scale (EDES)                      | (Vandereycken, 1993)                                |
| Stirling Eating Disorder Scales (SEDS)                       | (Williams, y otros, 1994)                           |
| Yale Brown Cornell Eating Disorders Scale (YBC-EDS)          | (Sunday, Halmi & Einhorn, 1995)                     |
| Branched Eating Disorder Test (BET)                          | (Selzer, Hamill, Bowes, & Patton, 1996)             |
| Cognitive Behavioral Dieting Scale                           | (Martz, Sturgis, & Gustafson, 1996)                 |
| Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis (Q-EDD)          | (Mintz, O'Halloran, Mulholland, & Schneider, 1997)  |

Tres de estos instrumentos, todos ellos autorregistros, se han adaptado y validado para su utilización en castellano, se trata del Eating Attitudes Test, EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979) adaptado y validado en 1991 (Castro, Toro, Salamero y Guimera, 1991), el Eating Disorders Inventory (EDI-2), (Garner, Olmsted y Polivy, 1983) adaptado y validado por TEA (1998) (Garner, 1998) y el Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn y Beglin,

1994) adaptado y validado por (Pelaez-Fernández, Labrador y Raich, 2012). Aunque los autorregistros ofrecen innumerables ventajas: son fáciles de aplicar y completar, pudiendo administrarse a muestras amplias de población, no debemos olvidar que son vulnerables a la tendencia de respuesta y a los registros imprecisos.

Los tres se han utilizado en diversos tipos de estudios con el objetivo de identificar casos, sin embargo, las investigaciones realizadas exclusivamente a través de autorregistros plantean dos dificultades: en primer lugar, desconocemos la sensibilidad y especificidad de la mayor parte de los cuestionarios; y, en segundo lugar, la mayoría de estos instrumentos presentan un bajo valor predictivo positivo, es decir, muchas de las personas que obtienen puntuaciones por encima de los puntos de corte no pueden considerarse como casos de entidad clínica, *"Aunque preliminarmente el EDI o el EAT pueden ser útiles como instrumentos de identificación de grupos en los que un elevado porcentaje de sujetos están padeciendo trastornos de alimentación formales, esto debe confirmarse por medio del diagnóstico clínico; los test psicológicos deberían ser complementarios pero no sustituir el juicio clínico."* (Garner et al., 1983, p 32).

Además, no podemos obviar otras dos cuestiones, los autorregistros parten del supuesto de que los sujetos describirán sus síntomas de forma fidedigna y esto exige dos condiciones: por un lado, suficiente capacidad de introspección y discernimiento y, por el otro, la voluntad de proporcionar una información veraz. Ambas condiciones desafían la evaluación de los TCAs a través de cuestionarios. Ya hemos mencionado que la psicopatología de los TCAs se articula en torno a constructos a veces complejos, como ocurre con la *sobrevaloración del peso y la figura*, en otras ocasiones equívocos, por ejemplo en el caso de los *atracones* (Arikian y otros, 2012); complicando el proceso de elaboración de respuesta en las evaluaciones. En cuanto a la provisión de información fidedigna se torna especialmente problemática en el caso de los pacientes con TCA, particularmente en los casos de AN que, con frecuencia, tratan de ocultar los síntomas y negar el trastorno, lo que puede dar lugar a una distorsión de los datos de la autoevaluación (Walsh y Satir, 2005).

La evaluación de los TCAs puede responder a distintas necesidades, pero cuando el objetivo es la emisión de un diagnóstico o la evaluación de la naturaleza y la severidad

psicopatológica de los trastornos, se recomienda el uso de entrevistas frente a los autorregistros, ya que las primeras posibilitan mayor flexibilidad en el proceso de búsqueda y esto permite persistir en la indagación hasta lograr la información requerida. Generalmente, cuando no existe coherencia entre los datos obtenidos a través de las dos fuentes, se tiende a conceder mayor credibilidad a la información procedente de las entrevistas en detrimento de la obtenida a partir de cuestionarios (Grilo, 2005).

Se han publicado cuatro entrevistas para evaluar trastornos de conducta alimentaria, Clinical Eating Disorder Rating Instrument (CEDRI) (Palmer, Christie, Cordle, Davies y Kenrick, 1987), el Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn y Cooper, 1993), el Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED) (Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998) y el Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders (SIAB-EX) (Fichter y otros, 1991).

Sin embargo es el EDE (Eating Disorder Examination) el que se reconoce como el instrumento preeminente y el más consolidado para la evaluación de la psicopatología de los TCAs (Grilo, 2005); se ha utilizado en investigaciones sobre clasificación y diagnóstico (Peterson y otros, 2011; Sysko y otros, 2012), en estudios epidemiológicos y en numerosos ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos (Fairburn y otros, 2013). El EDE se ha adaptado para su uso con niñas y adolescentes (Wade, Byrne y Bryant-Waugh, 2008) y se han desarrollado versiones en otras lenguas (Grilo, Lozano y Elder, 2005; Hilbert, Tuschen-Caffier y Ohms, 2004; Lau, Lee, Lee y Wong, 2006; Raich, Mora, Sanchez y Torras, 2000). Por todas las razones expuestas, entendemos que disponer de una versión adaptada y validada del EDE 12.0D<sup>4</sup> en la CAE, contribuirá a posibilitar una investigación rigurosa y hacer frente a los desafíos del área.

---

<sup>4</sup> Se han desarrollado varias versiones del EDE pero la más extendida es el EDE 12.0D, aunque recientemente se ha publicado la edición 16.0D que introduce algunas mejoras pero proporciona datos compatibles con el EDE 12.0D (Fairburn, Cooper y O'Connor, 2008).

#### **1.4.1. Estructura de la entrevista EDE 12.OD**

La herramienta consta de tres partes bien diferenciadas: una serie de ítems introductorios, cuatro subescalas y un bloque de ítems que evalúan las conductas clave y facilitan la emisión de un diagnóstico. Cada una de ellas posee objetivos, estructura, escalas de medida y de estimación diferenciados que pasamos a exponer brevemente a continuación.

##### Ítems introductorios

Los ítems introductorios tienen como finalidad establecer un clima favorable, ensayar la mecánica de la entrevista, especialmente singular en cuanto a la temporalidad<sup>5</sup> y obtener información preliminar sobre los hábitos alimentarios de la persona a fin de articular la búsqueda de información posterior. Se trata de ítems exploratorios y en consecuencia, no se computan.

##### Subescalas EDE 12.OD

La versión original del EDE 12.OD facilita cuatro subescalas: *restricción*, *preocupación por la ingesta*, *preocupación por la figura* y *preocupación por el peso*. Cada subescala se compone de una serie de ítems y su adscripción a una, otra, o varias se produce en base a criterios teóricos y no en función de su capacidad de discriminación.

Cada ítem facilita dos tipos de información, por un lado, la dirigida a los sujetos, que incluye preguntas obligatorias de formulación obligada y preguntas adicionales; éstas últimas, se utilizan cuando la respuesta a la pregunta obligatoria no suministra suficiente información para realizar la estimación que el ítem requiere; si, aun así, no fuera suficiente, el evaluador cuenta con libertad para poder formular cuantas preguntas estime necesario.

El ítem proporciona además, el contenido dirigido a los entrevistadores que incluye la denominación del ítem, la adscripción a subescala la definición del constructo que se evalúa, los criterios de valoración y el sistema de codificación de ese ítem en particular.

---

<sup>5</sup> La mayoría de las preguntas de la entrevista se refieren a las últimas cuatro semanas, pero las conductas clave y los ítems diagnósticos recaban información relativa a los tres últimos meses por separado.



## Ítems diagnósticos

El objetivo de los ítems diagnósticos es proporcionar indicadores a partir de los cuales se articulen las definiciones operativas de los criterios para la emisión del diagnóstico según el DSM-IV. Los ítems diagnósticos incluyen una serie de conductas clave: *episodios bulímicos y otros episodios de sobreingesta, restricción alimentaria al margen de los episodios bulímicos, provocación del vómito, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, ejercicio intenso para controlar el peso o la figura, ausencia de conductas extremas de control, mantenimiento de peso bajo, menstruación*, que no computan en las subescalas y algunas ítems procedentes de las subescalas: *importancia de la figura, importancia del peso, miedo a engordar, sentimientos de gordura*.

### 1.4.2. Sistema de puntuaciones de los ítems pertenecientes a las subescalas

Puntuaciones de los ítems. Proporcionan puntuaciones de frecuencia y de severidad de las conductas y actitudes características de los trastornos. Se trata de puntuaciones métricas en una escala Likert de 0 a 6, siendo 0 la respuesta en la dirección más sana y 6 la respuesta en la dirección más patológica. El evaluador dispone también de la posibilidad de utilizar otras puntuaciones, puede conceder un 7 si el cálculo es imposible de realizar o si la pregunta no se formula, adjudicar un 8 si le resulta imposible decidirse entre dos valores a pesar de haber realizado las preguntas adecuadas, ó 9 para los valores perdidos.

Tabla 7. Sistema de puntuaciones de los ítems de las subescalas.

| PUNTUACIONES DE SEVERIDAD |                                                                                                    | PUNTUACIONES DE FRECUENCIA |                                                          |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| 0                         | Ausencia de la característica.                                                                     | 0                          | Ausencia de la característica.                           |
| 1                         | Característica está casi ausente pero no lo suficiente.                                            | 1                          | Característica presente de 1 a 5 días.                   |
| 2                         |                                                                                                    | 2                          | Característica presente de 6 a 12 días.                  |
| 3                         | Severidad media entre 0 y 6.                                                                       | 3                          | Característica presente de 13 a 15 días.                 |
| 4                         |                                                                                                    | 4                          | Característica presente de 16 a 22 días.                 |
| 5                         | Característica presente con un grado de severidad elevado pero no suficiente para justificar un 6. | 5                          | Característica presente casi todos los días, 23-27 días. |
| 6                         | Característica está presente en un grado extremo.                                                  | 6                          | Característica presente todos los días.                  |

Puntuaciones de las subescalas. El EDE 12.0D permite obtener una puntuación para cada una de las subescalas. Dicha puntuación proporciona un indicador numérico del estado psicopatológico de la persona en el área que evalúa la subescala. La puntuación se obtiene sumando las puntuaciones que la persona ha obtenido en cada uno de los ítems que componen la subescala y dividiendo la cifra por el número de ítems que la forman. En el caso de que sólo se hayan podido puntuar algunos de los ítems de la subescala pero son más de la mitad, se puede obtener la puntuación dividiendo la cifra por el número total de ítems puntuados.

Puntuación total. Proporciona el grado global de severidad psicopatológico del trastorno de conducta alimentaria. La puntuación se obtiene sumando las puntuaciones de las subescalas y dividiendo la cifra por el número de subescalas, es decir por cuatro. La puntuación total se puede obtener si al menos disponemos de las puntuaciones en tres subescalas.

#### **1.4.3. Cualidades psicométricas del EDE 12.0D**

A pesar del reconocimiento con el que la entrevista EDE 12.0D cuenta, la información sobre de las propiedades psicométricas del instrumento es limitada y la evidencia que se aporta es insuficiente (Berg, Peterson, Frazier y Crow, 2012).

En lo referente a la estructura dimensional, el EDE se articula en torno a cuatro dimensiones que resultan en cuatro subescalas: *subescala de restricción*, *subescala de preocupación por la ingesta*, *subescala de preocupación por el peso* y *subescala de preocupación por la figura* (Fairburn y Cooper, 1993; Fairburn, Cooper y O'Connor, 2008), aunque los autores del instrumento original no proporcionan datos que las confirmen empíricamente. Hasta el momento, se han publicado tres investigaciones que examinan la estructura dimensional del EDE original y ninguna ha obtenido confirmación de los cuatro dominios propuestos por los autores (Berg, Peterson, Frazier y Crow, 2012). La primera analizó la estructura factorial de la entrevista en una muestra que incluía 158 adolescentes o jóvenes con TCA, 170 mujeres que solicitaban tratamiento para la obesidad y 317 controles. Utilizando el análisis factorial confirmatorio, testaron tres soluciones factoriales alternativas a la propuesta por los autores, de tres, dos y un factor; fue esta última solución de un factor, al que denominaron –

Inquietud por el peso y la figura-, la que resultó más satisfactoria (Byrne, Allen, Lampard, Dove y Fursland, 2010). El segundo estudio utilizó una muestra de 688 adultos en busca de tratamiento para el trastorno de atracones y halló un modelo de tres factores: *restricción, sobrevaloración del peso y la figura e insatisfacción corporal*, que se replicó mediante un análisis factorial confirmatorio (Grilo y otros, 2010). El tercer estudio utilizó una muestra de 115 adultos obesos sin diagnóstico de trastorno de atracones y obtuvo una estructura de dos factores, el primero coincide con la subescala de restricción propuesta por los autores de la versión original y el segundo factor, una combinación de las otras tres subescalas (Manucci y otros, 1997).

Adicionalmente, la validez del EDE se ha sometido a prueba mediante el análisis de convergencia con otras medidas del mismo constructo. Las puntuaciones del EDE se han comparado con las medidas suministradas por el Eating Attitudes Test (EAT), el Body Shape Questionnaire (BSQ), el Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) o el Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised (QEWP-R) (Barnes, Masheb, White y Grilo, 2011; Loeb, Pike, Walsh y Wilson, 1994; Rosen, Vara, Wendt y Leitenberg, 1990).

La literatura facilita también datos sobre consistencia interna de la escala. Cuatro estudios la han examinado y proporcionan índices muy variables en función del estudio y la subescala analizada: correlaciones que oscilan entre 0,58 y 0,78 para la escala de *restricción*; entre 0,44 y 0,78 en la subescala de *preocupación por la ingesta*; entre 0,51 y 0,76 en la subescala de *preocupación por el peso*; y entre 0,68 y 0,85 en la subescala de *preocupación por la figura*, en función del estudio y de la subescala analizada (Beumont, Kopec-Schrader, Talbot y Touyz, 1993; Byrne, Allen, Lampard, Dove y Fursland, 2010; Cooper, Cooper y Fairburn, 1989).

La investigación actual apoya la idea de que el EDE proporciona observaciones fiables para evaluar las características psicopatológicas de los TCA. La prueba ha demostrado una estabilidad temporal notable en los dos estudios que han aplicado el procedimiento test-retest, ofreciendo correlaciones que oscilan entre 0,50 y 0,90 para las subescalas; y correlaciones entre 0,70 y 0,97 para los ítems de frecuencia conductuales (Grilo, Masheb, Lozano-Blanco y Barry, 2004; Rizvi, Peterson, Crow y Agras, 2000). Asimismo, el instrumento

ha acreditado un elevado grado de acuerdo entre jueces. Cuando la concordancia se ha analizado ítem a ítem se han obtenido niveles de acuerdo excelente, por encima de 0,90 en todos los elementos de la escala salvo en dos ítems (Cooper y Fairburn, 1987). No obstante, con mayor frecuencia, el análisis de concordancia se ha realizado sobre las puntuaciones de las cuatro subescalas, en estos casos, el grado de acuerdo alcanzado es menor, con coeficientes de correlación entre 0,65 y 0,99 en las subescalas; y entre 0,65 y 0,99 en los ítems de frecuencia (Grilo, Masheb, Lozano-Blanco y Barry, 2004; Rizvi, Peterson, Crow y Agras, 2000; Rosen, Vara, Wendt y Leitenberg, 1990).





# Metodología de investigación

---





## **2. METODOLOGÍA**

---

### **2.1. Presentación**

La escala EDE (Eating Disorder Examination) se reconoce como el instrumento preeminente y el más consolidado para la evaluación de los TCA (Grilo, 2005). Tal como hemos señalado en apartados anteriores, se ha utilizado en investigaciones sobre clasificación y diagnóstico (Peterson y otros, 2011; Sysko y otros, 2012), en estudios epidemiológicos y en numerosos ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos (Fairburn y otros, 2013). El EDE se ha adaptado para su uso con niñas y adolescentes (Wade, Byrne y Bryant-Waugh, 2008) y se han desarrollado versiones en otras lenguas (Grilo, Lozano y Elder, 2005; Hilbert, Tuschen-Caffier y Ohms, 2004; Lau, Lee, Lee y Wong, 2006; Raich, Mora, Sanchez y Torras, 2000). Sin embargo y a pesar de esta relevancia, la información acerca de las propiedades psicométricas del instrumento es limitada y la evidencia que se aporta mixta (Berg, Peterson, Frazier y Crow, 2012).

Por otra parte, la traducción y adaptación de pruebas psicológicas no constituyen un fenómeno nuevo. Han sido y son prácticas comunes en áreas muy diversas de la psicología. En la actualidad, esta práctica está extendiéndose y es previsible que en los próximos años su uso aumente. La primera razón es de orden práctico: adaptar un instrumento es más barato y rápido que construir uno nuevo. Con frecuencia, los equipos de investigación cuentan con recursos económicos limitados y con premura de tiempo. La segunda razón hace referencia a cuestiones de orden técnico: construir un instrumento de evaluación psicológica requiere un profundo conocimiento teórico del constructo que se pretende medir y un gran dominio de la metodología y la técnica de construcción de pruebas; sin embargo, no siempre resulta posible contar con la colaboración de metodólogos que participen en el proceso o lo supervisen. Por último, existe una tercera razón de interés científico, la disponibilidad de una misma prueba en diferentes idiomas permite llevar a cabo estudios transculturales que incluyan culturas o muestras idiomáticas diversas. En los últimos años el interés por la adaptación de instrumentos está aumentando, y cabe esperar que esta tendencia se mantenga o aumente en el futuro.

Aunque todo diseño metodológico debe ser contemplado de forma unitaria, dado que cada fase de la investigación nos remite a la anterior y a su vez establece las condiciones de validez para la siguiente, no cabe duda que la naturaleza del tipo de investigación efectuada, marca la impronta que debe otorgarse a cada uno de los apartados del proceso metodológico. Tal y como se ha dicho anteriormente, esta investigación, por una parte, pretende inicialmente adaptar la versión inglesa del EDE 12.0D a nuestro contexto para en un segundo momento proceder a someter a su fiabilización, validez y prueba la escala construida. Por lo tanto, todo el diseño metodológico contenido en este capítulo está organizado en función de esta doble secuencia: *ANTE Y POST*. En función de ello están organizados los epígrafes que comprenden este capítulo tal y como se detallará más adelante.

## **2.2. Objetivos**

Suele ser corriente en la investigación aplicada, como en nuestro caso, diferenciar los objetivos de alcance general de aquéllos otros más específicos, sustentados éstos normalmente en una visión piramidal del problema objeto de estudio. La escala ES-EDE, originalmente pensada para un contexto cultural y lingüístico distinto, en investigaciones como la que presentamos que, por una parte, tienen un carácter exploratorio y por la otra explicativo y confirmatorio, hace necesario en primer lugar, evaluar la capacidad de evaluación y de aplicabilidad de la herramienta, para en segundo lugar comprobar su precisión para identificar los TCAs en nuestro contexto. No obstante, nos atrevemos a adelantar que la investigación que presentamos tiene como objetivo general: medir la adaptación de la escala ES-EDE como herramienta al servicio del análisis y diagnóstico de los TCAs para tratar de calibrar el grado de consistencia, validez, sensibilidad y precisión diagnóstica de la misma.

Como ya ha quedado expresado, aunque es difícil subsumir los objetivos de las diferentes fases de la investigación en una formulación unitaria, dada la diversa naturaleza de las operaciones llevadas a cabo, no obstante, respetando la secuencia de las mismas trataremos de plasmar los objetivos a alcanzar en el transcurso de la investigación.

#### Relativos a la adaptación de la escala EDE y entrenamiento

- En primer lugar, se ha pretendido elaborar una versión en castellano de la entrevista EDE 12.0D que fuera equivalente a la versión original inglesa. La obtención de una versión equivalente exige no solo garantizar la equivalencia gramatical sino la equivalencia conceptual y semántica de las dos versiones, así como la aplicabilidad de la adaptación en términos culturales y evolutivos.
- En segundo lugar, comprobar la equivalencia conceptual de la adaptación. Se espera que la adaptación refleje con precisión los constructos psicológicos y clínicos que evalúa la versión original de la prueba EDE 12.0D.
- En tercer lugar, depurar la terminología y las formulaciones utilizadas en la versión adaptada para que resulten fácilmente comprensibles para personas de niveles educativos y edades muy diversas, pudiendo aplicarse tanto a adolescentes de 16 años como a adultos de 40, de este modo se garantiza la aplicabilidad de la adaptación en términos evolutivos e intenta minimizar el sesgo que el nivel educativo pudiera introducir en la evaluación.
- Por último, incluir las modificaciones necesarias para minimizar las diferencias socioculturales existentes en cuanto a hábitos alimentarios entre la cultura anglosajona y la cultura mediterránea. Con ello se pretende garantizar aplicabilidad de la adaptación en términos culturales, es decir, optimizar su validez ecológica.

#### Relativos a las propiedades psicométricas de la escala ES-EDE

En primer lugar, medir la robustez de la herramienta a través del análisis del grado de consistencia interna así como la validez de constructo. En este sentido, mediante los indicadores estadísticos correspondientes mediremos tanto la fiabilidad como la validez de la escala EDE

En segundo lugar, comprobar si la estructura subyacente de la escala reproduce los criterios establecidos por los autores, tratando de corroborar si la estructura dimensional de nuestro estudio se corresponde con los resultados obtenidos anteriormente por otros equipos (Byrne, Allen, Lampard, Dove y Fursland, 2010; Grilo y otros, 2010; Manucci y otros, 1997).

En tercer lugar, comprobar la sensibilidad de la escala a partir de los resultados obtenidos y su capacidad para discriminar las situaciones patológicas de las normales, tratando de valorar al mismo tiempo en qué medida es capaz de discriminar las diferentes diagnósticos de personas que presentan TCAs.

Por último, comprobar la validez de la escala EDE con el diagnóstico clínico hecho por especialistas mediante la realización de un análisis discriminante confirmatorio que exprese el grado de consistencia lógica del modelo

Relativos a la capacidad diagnóstica de la escala ES-EDE

En primer lugar, medir la capacidad de la escala ES-EDE para detectar las situaciones patológicas en materia alimentaria de aquéllas que no lo son, comprobando al mismo tiempo el grado de concordancia de las dos propuestas del sistema DSM-IV y DSM-5, en la detección de la categoría global de TCA.

En segundo lugar, tratar de establecer definiciones operativas para las nuevas categorías diagnósticas del DSM-5 para a partir de ellas verificar el grado de acuerdo entre los diagnósticos derivados del ES-EDE, (siguiendo el DSM-IV y el DSM-5) y el diagnóstico facilitado por el clínico del centro.

Por último, comparar el grado de consistencia existente entre los dos índices que proporciona el ES-EDE: el diagnóstico de obtenido a partir de los *Ítems Diagnósticos* y los niveles de psicopatología acreditados por la escala de *Psicopatología Específica TCA*.

## **2.3. Hipótesis de investigación**

Como afirma Karl R. Popper en su libro *la lógica de la investigación científica*, todo conocimiento es un saber interesado, si a un investigador le dicen: registre qué es lo que está pasando, no sabría si registrar que están tocando las campanas o que pasa un coche por la calle... Viene esta anécdota del gran metodólogo a cuento para afirmar que no hay conocimiento en abstracto sino orientado teóricamente en función de los puntos de vista interpretativos que lo sostienen. Por lo tanto, las hipótesis (etimológicamente: *hypo*, lo que está debajo, se supone; *thesis*, lo que se afirma) son enunciados probables que guían la investigación y que tienen por finalidad someter los datos a la contrastación.

Lo anterior significa en el caso que nos ocupa que es harto difícil formular una hipótesis que subsuma a la investigación en una sola frase. Esto es debido al hecho de que las hipótesis que se defienden en este trabajo están íntimamente vinculadas a la consecución de los objetivos específicos de la investigación en sus diferentes fases. No obstante, dada la naturaleza y características de nuestra investigación, trataremos de formular las siguientes hipótesis de trabajo:

En primer lugar, desde el punto de vista de la adaptación de la escala inglesa original ES-EDE a nuestro contexto afirmaremos que la traducción de la misma confirma la hipótesis nula según la cual la adaptación lingüística y contextual de la escala no distorsiona la obtención y recogida de datos. Esta hipótesis general de trabajo va a concretarse en dos subhipótesis auxiliares:

- La escala ES-EDE tiene un alto grado de consistencia interna.
- La homogeneidad de la escala como constructo se expresa en la existencia de un solo factor previo a la rotación.

En segundo lugar, en relación a las propiedades psicométricas este trabajo defenderá la hipótesis de que a pesar de la consistencia interna de la escala ES-EDE, dada la peculiaridad contextual de los TCAs, no se reproduce la estructura factorial prevista por los autores. Esto es debido entre otras razones:

- A la relativización cultural de los ítems: *Importancia del peso y de la figura* que dificulta su poder discriminador; y,
- a la confusión metodológico-conceptual implícita en la formación del constructo, al mezclar ítems de naturaleza cognitivo-normativa con otros de carácter conductual.

Por último, este trabajo defiende la hipótesis de que el poder discriminador de la escala descende en las posiciones intermedias. Dicho de otra forma, mientras que la escala discrimina perfectamente las situaciones patológicas extremas, no sucede lo mismo en las categorías intermedias, consecuentemente tiene un alto grado de indeterminación en los TCAs no extremos.

## **2.4. La adaptación de la escala original EDE.12.OD**

### **2.4.1. Planteamiento general**

A fin de alcanzar los objetivos mencionados, se propone un diseño de traducción inversa siguiendo las directrices de la International Test Commission para la adaptación de test y su uso en distintos idiomas y culturas (Hambleton, 1994; Hambleton, 1996; Hambleton, 2001; Hambleton y Kanjee, 1995; Van de Vijver y Hambleton, 1996) de la versión original inglesa del EDE 12 OD (Fairburn y Cooper, 1993) para obtener la primera versión provisional ES-EDE. La nueva versión traducida se somete posteriormente a la aplicación de cuatro procedimientos de control sucesivo:

*Primer control.* Cuatro revisores, dos doctores en psicología y dos en pedagogía, analizan la traducción ES-EDE0. Con ello se espera, identificar los posibles errores conceptuales derivados de la traducción, descubrir los desajustes de vocabulario y de expresión en relación a la edad y el nivel educativo de la población blanco y/o detectar posibles sesgos culturales en cuanto a los hábitos de conducta alimentaria que pudieran afectar a la validez del instrumento al utilizarlo en nuestro entorno. Las sugerencias de los revisores se discuten y se procede a realizar las modificaciones oportunas, como resultado de este proceso se obtiene versión mejorada a la que denominaremos ES-EDE1.

*Segundo control.* Afecta exclusivamente a las preguntas que conforman la entrevista y no a las secciones dirigidas a los entrevistadores. Participan 18 mujeres de edades y nivel

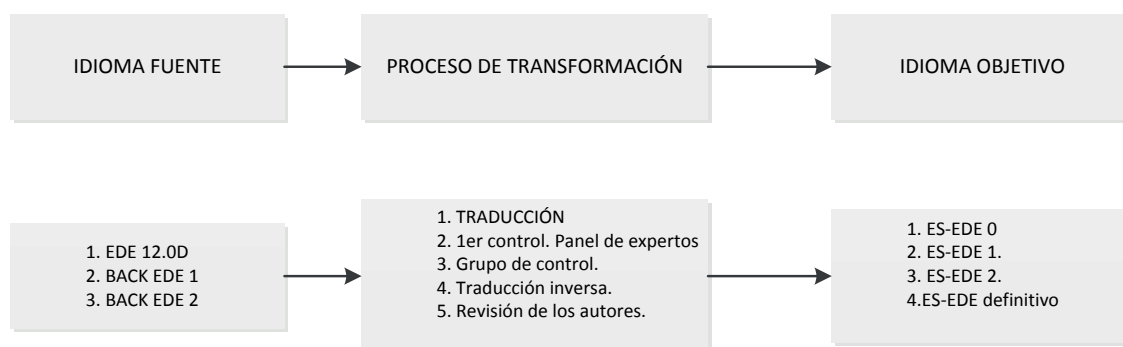
educativo intencionalmente heterogéneo a quienes se solicita una valoración a cerca de la claridad, longitud o incomodidad de las preguntas. Se pretenden detectar las dificultades que la formulación de las preguntas pudiera plantear en orden a su correcta comprensión, retención o elaboración de respuesta. El resultado de este proceso es una nueva versión mejorada que denominamos ES-EDE2.

*Tercer control.* Un traductor que desconoce la versión original de la prueba EDE 12.0D elabora la primera traducción inversa Back ES-EDE1, a partir de la ES-EDE2. Se compara la primera traducción inversa con la versión original en el idioma fuente y se identifican las diferencias que afectando a algún aspecto central del instrumento pudieran atribuirse a errores o imprecisiones cometidas en el proceso de traducción y adaptación al castellano. Como resultado de este proceso se obtuvo la segunda traducción inversa Back ES-EDE2. Se espera que la segunda traducción inversa, no presente diferencias significativas respecto a la versión original en el idioma fuente.

*Cuarto y último control.* La Back EDE2 se envía al equipo del Warneford Hospital de la Universidad de Oxford, autores de la entrevista. Se espera que los autores del instrumento comparen la segunda traducción inversa Back EDE2 con la versión original inglesa EDE 12.0D y comprueben mediante este procedimiento indirecto la equivalencia de los dos instrumentos.

#### **2.4.2. Traducción de la versión original inglesa del EDE 12.0D al idioma objetivo**

Tal y como aparece en el Gráfico 1, describiremos el proceso paso a paso, siguiendo la secuencia descrita. El objetivo consiste en elaborar una versión provisional en castellano a partir de la versión original inglesa.

**Gráfico 1. Resumen procedimiento de traducción inversa**

### Selección del traductor

La selección del traductor constituye el elemento más sensible y clave en este momento del proceso. En consecuencia se recomienda que los traductores sean profesionales con un dominio acreditado de ambos idiomas, estén familiarizados con ambas culturas, e instruidos en aspectos psicométricos básicos relacionados con la construcción de test y la evaluación.

La elección de la traductora se realizó teniendo como referencia tanto las recomendaciones del ITC en materia de la adaptación de pruebas y cumpliendo los requisitos establecidos por los autores del instrumento. En este sentido, la traductora conocía ambos idiomas, castellano e inglés. Asimismo, estaba familiarizada con las dos culturas y contaba con formación especializada en el ámbito de los TCA. Dicha formación se completó en los Programas de TCA, del Toronto General Hospital y New York-Cornell Hospital, Psychiatric división. Adicionalmente, la traductora recibió entrenamiento en la aplicación y codificación de la versión inglesa de la entrevista. El entrenamiento se llevó a cabo en el Warneford Hospital de la Universidad de Oxford, a cargo del Dr. Fairburn, uno de los autores de la entrevista y su equipo. Dicho entrenamiento constituyó el requisito previo que los autores establecieron como condición para conceder el permiso de adaptación y validación de la prueba.

### Procedimiento

El criterio que guio esta primera traducción fue el de respetar lo más fielmente posible la estructura, el formato y el contenido de la versión original inglesa. Puesto que el EDE 12.0D



es, en palabras de los autores, una entrevista semiestructurada que evalúa la psicopatología específica de los TCA y establece indicadores operativos para evaluar los criterios diagnósticos de TCA propuestos en el DSM-IV, se convino que, preferentemente, los términos elegidos para reflejar los constructos clave de la entrevista fueran aquellos que el DSM-IV en su edición española (American Psychiatric Association, 1995) utiliza como equivalentes a sus homólogos en la edición inglesa del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

## Resultados

Tras identificar los términos clave del EDE 12.0D se comprobó que en su mayoría aparecían en la sección *Eating Disorders* de la edición inglesa del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y en consecuencia, se registran también en la edición en castellano del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995). El resultado de esta revisión se presenta en la Tabla 8 que se presenta a continuación:

**Tabla 8. Casuística de los TCAs de acuerdo con los instrumentos diagnósticos**

| EDE 12.0D             | DSM-IV (APA, 1994)    | DSM-IV (APA, 1995)     |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| Eating                | Eating                | Conducta alimentaria   |
|                       |                       | Comer                  |
|                       |                       | Ingesta                |
|                       |                       | Consumo                |
| Restraint             | -----                 | -----                  |
| Restriction           | Restriction           | Restricción            |
| Shape                 | Shape                 | Siluetta corporal      |
| Weight                | Weight                | Peso                   |
| Binge                 | Binge                 | Atracón                |
| Bulimic Episode       | -----                 | -----                  |
| Overeating            | Overeating            | Comer en exceso        |
| Loss of control       | Loss of control       | Pérdida de control     |
| Average               | Average               | Promedio               |
| Self-induced vomiting | Self-induced vomiting | Provocación del vómito |
| Laxative misuse       | Misuse of laxatives   | Abuso de laxantes      |
| Diuretic misuse       | Misuse of diuretics   | Abuso de diuréticos    |
| Intense exercise      | Excessive exercise    | Ejercicio intenso      |
| Eating in public      | Eating in public      | Comer en público       |
| Weight gain           | Weight gain           | Aumento de peso        |
| Weight loss           | Weight loss           | Pérdida de peso        |

No obstante, tal como anticipábamos encontramos dificultades de traducción en cuatro términos *eating*, *bulimic episodes*, *overeating* y *restraint*. Un análisis más pormenorizado permitió concluir que la naturaleza de la dificultad es, en cada caso, distinta. *Eating* se traduce por medio de varios términos, *restraint* y *bulimic episodes* que no se utilizan en el DSM-IV (APA, 1994) y en cuanto a *overeating*, la traducción propuesta en el DSM-IV (APA, 1995) *el comer en exceso* no se considera adecuada.

## Eating

Eating es un concepto central en el EDE 12.0D. El Webster's Encyclopedic Unbridged Dictionary (1989) define *eating* como *the act of one who eats*, esto es, *el acto o la acción de comer*. En castellano no existe una voz equivalente que refleje el constructo con precisión. Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales utiliza varias expresiones para traducir *eating*. Tal como se aprecia en la Tabla 9, dependiendo del contexto en el que se utiliza, se traduce como *conducta alimentaria*, *comer*, *consumo* o *ingesta*.

**Tabla 9. Traducción y adaptación términos clave DSM**

| TÉRMINO ORIGINAL                        | TÉRMINO ADAPTADO                             |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| Eating behavior                         | Conducta alimentaria.                        |
| Concerns about eating in public.        | Preocupación por comer en público.           |
| Embarrassed to be seen eating in public | Molestos al comer en público.                |
| Eating in a discrete period             | Consumo a lo largo de un periodo de tiempo.  |
| Ashamed of their eating                 | Avergonzados de su conducta.                 |
| Disturbed eating behavior               | Alteración de la conducta alimentaria        |
| Overeating is common                    | El comer en exceso                           |
| Lack of control over eating             | Pérdida de control sobre la ingesta          |
| Stop eating                             | Parar de comer                               |
| How much one is eating                  | La cantidad de comida que se está ingiriendo |

Ante la dificultad de adoptar un sólo término y siguiendo el criterio del DSM-IV, se decide dar como válida cualquiera de las expresiones mencionadas en lugar de optar por la utilización exclusiva de una de ellas. La elección de una u otra se realizará en función del contexto en el que se utiliza en la entrevista. Así, en el ES-EDE0, *eating* se traduce como *conducta alimentaria* en *Pattern of eating*, *Patrón de conducta alimentaria*, se traduce por *comer* en *Fear of losing control over eating*.

*Miedo de perder el control al comer*. También se utiliza la palabra *consumo* al traducir por ejemplo *Restraint over eating* como *Restricción del consumo de comida* o la palabra *ingesta*

al traducir *Preoccupation with food, eating or calories* como *Preocupación por los alimentos, la ingesta y las calorías*.

**Tabla 10. Traducción y adaptación términos clave DSM.**

| EDE 12.0D, versión original                 | ES-EDE0                                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Eating disorder pattern                     | Patrón de conducta alimentaria.                            |
| Restraint over eating                       | Restricción del consumo de comida.                         |
| Avoidance of eating                         | Evitar comer.                                              |
| Preoccupation with food, eating or calories | Preocupación por los alimentos, la ingesta o las calorías. |
| Fear of losing control over eating          | Miedo de perder el control al comer.                       |

### Bulimic episodes y episodes overeating

La adecuada definición de ambos conceptos es central en la entrevista y una de las principales contribuciones de los autores en la definición de atracón, un término equívoco. Según el DSM-IV, el atracón se define por la presencia de dos características, una, el consumo, en un periodo de tiempo limitado, de una cantidad de comida claramente superior a la que otras personas del contexto social del sujeto consumirían en la misma situación y dos la sensación de pérdida de control sobre el consumo. Sin embargo, es frecuente encontrarse con personas que no habiendo consumido una cantidad excesiva de alimento teniendo en cuenta el momento y la situación, refieren haberse dado un atracón y del mismo modo, hallamos personas que habiendo consumido en exceso no perciben el episodio como un atracón. Dado que el concepto plantea problemas, los autores sugieren que se valore de acuerdo a la siguiente clasificación.

La traducción de *bulimic episodes*, aunque no aparece en las versiones inglesa ni castellana del DSM-IV, no plantea problemas, *episodios bulímicos* es un término técnico que se utiliza habitualmente en castellano y lo mismo puede decirse de *binge* que suele traducirse por *atracon*. No sucede así con el término *overeating* que el DSM-IV traduce como *comer en exceso*. Siguiendo este criterio hubiéramos tenido que utilizar la fórmula *comer en exceso objetivo* y *comer en exceso subjetivo*. La traducción utilizada para *overeating* en la ES-EDE0

fue *sobreingesta objetiva* y *sobreingesta subjetiva*. Otra posibilidad sería *consumo excesivo objetivo* y *consumo excesivo subjetivo*.

#### Restraint

Aunque *restraint* constituye un constructo central en la psicopatología de los TCA. Se define como el intento de controlar la ingesta con independencia de si se logra o no, mientras que *restriction* haría referencia a la acción eficaz. La dificultad radica en que el constructo no se utiliza en ninguna de las dos ediciones, ni inglesa ni española del DSM-IV y no existe una voz equivalente en castellano que introduzca el matiz diferencial con respecto a la voz *restriction*, se opta por utilizar *intentar restringir*.

#### **2.4.3. Primer control. Panel de expertos**

En este momento del trabajo nuestra preocupación gira fundamentalmente en torno a tres aspectos. El primero hace referencia a la finalidad misma del instrumento. El EDE se construyó con el objetivo de valorar el funcionamiento psicológico de individuos y más específicamente, con el fin identificar cuadros diagnósticos de entidad clínica. En este sentido, resulta esencial seleccionar los términos adecuados a fin de conseguir reflejar con precisión constructos psicológicos en los que se basa la entrevista, garantizando, de este modo, la validez del instrumento respecto a la detección de casos y la identificación diferencial de las distintas manifestaciones de alteraciones alimentarias. Nuestra segunda preocupación tiene su origen en las características evolutivas del grupo de población con el que se espera utilizar el instrumento. Teniendo en cuenta que los trastornos de la conducta alimentaria afectan selectivamente a mujeres adolescentes, jóvenes y adultas de sociedades occidentales, pretendemos que sin perder precisión en la terminología utilizada y en la formulación de las ideas, abarcar un amplio espectro de personas pertenecientes a niveles educativos variados. En tercer lugar, aunque al comer damos respuesta a necesidades fisiológicas, comer es un acto social y tiene significado antropológico. La cultura anglosajona y la mediterránea presentan diferencias sustanciales en relación a las costumbres alimentarias, tales especificidades deben recogerse en las adaptaciones de los instrumentos a fin de evitar el sesgo en las mediciones.

## Objetivos

El objetivo de dicho control consiste en identificar todos aquellos elementos que, resultado del proceso de traducción, pudieran constituir una dificultad o sesgo para la adecuada comprensión de las preguntas. También se pretende detectar los elementos que pudieran constituir un problema para la correcta administración, codificación y valoración del instrumento por parte de los futuros entrevistadores. Como resultado de este proceso se obtiene versión a la que denominaremos ES-EDE1.

## Selección y perfil de los expertos

Se solicita la colaboración de cuatro expertos, dos de ellos psicólogos y los dos restantes pedagogos. La decisión de que dos de los revisores sean psicólogos se justifica en base al contenido y la finalidad de la entrevista. La evaluación de la psicopatología específica de los TCA y su diagnóstico exige un conocimiento profundo y preciso de los constructos y procesos psicológicos. Es de suma importancia que la adaptación de la entrevista capture fielmente el significado de los conceptos. La selección de dos pedagogas responde al intento de detectar dificultades debidas al periodo evolutivo en el que se encuentran los individuos a quienes se aplicará el instrumento, puesto que la entrevista está pensada para ser administrada a poblaciones de 16 años o más. Además, intencionalmente, ninguno de los revisores había tenido contacto previo con el área de los TCA, se pretende, de este modo, minimizar el riesgo de que el conocimiento de la problemática oculte o compense imprecisiones derivadas del proceso de traducción. Por último, todos los revisores poseían el grado y cualificación de doctor.

## Procedimiento

Los revisores recibieron una copia de la traducción provisional del instrumento (EuroS-EDE0), pero, a fin de no contaminar su análisis, no tuvieron acceso a la copia de la versión original inglesa. Sí se les proporcionó, sin embargo, información general sobre el objetivo del instrumento, las condiciones de aplicación y las características de la población blanco. Es decir, sabían que se trataba de una entrevista de diagnóstico clínico, semiestructurada en la

que la búsqueda de información y su interrupción depende del entrevistador y dirigida a mujeres adolescentes, jóvenes y adultas a partir de los 16 años.

Tras recibir esta información se les solicita que procedan a revisar la traducción y planteen todas aquellas recomendaciones que estimen oportunas. La petición que se les formula tiene carácter global, esto significa que, no se propone una guía de análisis, ni instrucciones específicas con respecto al tipo de errores que se esperaba identificaran, aunque posteriormente sus sugerencias se analizaron en base a una serie de criterios previamente establecidos y que se describen a continuación:

- Equivalencia conceptual. El término castellano utilizado no refleja adecuadamente el constructo que recoge el término en inglés.
- Adaptación poblacional. La terminología y/o formulación resulta poco apropiada teniendo en cuenta el intervalo de edad al que la entrevista va dirigida (términos abstractos, infrecuentes).
- Adaptación sociocultural. Variables de la cultura anglosajona no extrapolables a nuestra realidad sociocultural.
- Adecuación gramatical. Formulación inadecuada -frases excesivamente largas, complejas o ambiguas, gramaticalmente incorrectas-.

Una vez finalizada la revisión y recogidas las recomendaciones, se inicia un periodo en el que se estudian detenidamente las propuestas realizadas por los cuatro técnicos. En este periodo se discuten y argumentan con ellas cada una de las modificaciones que plantean y se valora la conveniencia de estimarlas o desestimarlas. En aquellos casos en que la información disponible resulta insuficiente para la toma de decisión, se recaba más información, bien mediante consulta bibliográfica, bien solicitando una tercera opinión por parte de un experto, en nuestro caso el autor del instrumento. Como resultado de este proceso algunas de las propuestas realizadas se incorporan a la entrevista, otras por contra, quedan definitivamente desestimadas. El resultado es una nueva versión provisional a la que denominaremos ES-EDE1.

## Resultados

Organizar la información que se deriva de la revisión resulta una tarea compleja. Por un lado, algunas sugerencias realizadas por los revisores afectan a toda la entrevista, mientras que otras se refieren a un solo ítem. Por otro lado, las razones que sustentan algunas sugerencias

se aceptan y se procede a incluirlas en la entrevista, otras por el contrario se rechazan. En consecuencia, el análisis de las sugerencias que se presenta a continuación sigue el siguiente esquema: descripción y argumentación de las sugerencias de cambio aceptadas a fin de favorecer (a) la equivalencia conceptual, (b) la adaptación poblacional, (c) la adaptación sociocultural y (d) la adecuación gramatical. Posteriormente, se describen y justifican.

Equivalencia conceptual.

Diferencia entre guilt y regret

Esta modificación afecta al ítem *Culpabilidad por Comer* perteneciente a la *Subescala Preocupación por la Ingesta*. En las instrucciones para el entrevistador, los autores señalan que el concepto clave a valorar es la *culpa, guilt*, que definen como *a feeling that one has done wrong*, esto es, *el sentimiento de que se ha hecho algo malo*, pero matizan que culparse, *guilt*, debe diferenciarse de arrepentirse, *regret*. Los revisores coinciden en la dificultad para comprender la diferencia entre ambos conceptos y en consecuencia, estiman conveniente proporcionar al entrevistador información adicional que clarifique la diferencia y evite el equívoco.

Aunque coloquialmente ambos términos se suelen utilizar indistintamente, desde el punto de vista psicológico existe una diferencia esencial entre ambos, así podría arrepentirme o lamentar haber ido de vacaciones al sur en verano dado que el exceso de calor y de turistas no me han permitido descansar, pero no por ello siento haber hecho algo malo, no por ello me siento culpable. Culparse implica el sentimiento de que se ha hecho algo malo, mientras que lamentarse o arrepentirse no implica un juicio moral de lo que es bueno o malo, sino sentir pena o contrariedad por haber hecho algo o no haberlo hecho.

Tras debatir la cuestión y consultarlo con el autor de la versión original, se acordó añadir en las instrucciones al entrevistador: *lamentarse no implica un juicio moral sobre lo que está bien o está mal, por ejemplo, puedo lamentar llegar tarde al cine cuando la película ya ha comenzado y no por ello sentirme culpable*.



Incluir orientaciones para valorar la cantidad del consumo de comida. (Ver Anexo 5 y Anexo 6).

Esta modificación afecta al ítem *Episodios Bulímicos y otros Episodios de Sobreingesta* perteneciente al grupo de *Ítems Diagnósticos*, afecta más concretamente al juicio de si la cantidad de comida que la persona relata haber consumido fue o no excesiva. Tal como se ha descrito en el capítulo 1 de este trabajo, Psicopatología específica de los trastornos de conducta alimentaria, ni el DSM-IV ni la entrevista EDE 12.0D proporcionan una descripción operativa de lo que supone una *gran* cantidad de comida. La decisión requiere, por tanto, que el entrevistador compare la descripción que el sujeto proporciona del *exceso* en relación a lo que se consideraría normal o excesivo en el contexto social del sujeto. A fin de evitar la subjetividad y los sesgos en la valoración por parte de los futuros entrevistadores, los revisores sugieren que la sección *Definición de conceptos clave* del ítem incluya un apéndice adicional con información que oriente respecto a los hábitos alimentarios en el entorno social en el que se va a utilizar la entrevista.

Esta propuesta se consideró de interés y se procedió a entrevistar a varios profesionales que trabajan en el área de la nutrición en orden a definir una serie de perfiles que sirvieran de guía para la valoración. Posteriormente se consultó y se sometió a discusión con el autor de la entrevista la conveniencia o no de incluir dicho apéndice. Los perfiles obtenidos pueden verse en el Anexo 6 de la página 253.

## Adaptación poblacional

### Relación tú

Esta modificación afecta a la totalidad de la entrevista. Una entrevista diagnóstica es, entre otras muchas cosas, una situación de relación interpersonal, con sus especificidades, pero al fin y al cabo, una relación. Esto significa que, en tanto en cuanto relación, está sometida a los mismos principios y opera del mismo modo, que cualquier relación. El entrevistador y el entrevistado perfilan los parámetros y los límites de la relación, definen, por ejemplo, quien domina, quien se somete, o si, por el contrario, la relación se establece en términos de igualdad. En cualquier caso, uno de los indicadores que más claramente definen la relación

es el modo en que los interlocutores se dirigen el uno al otro. Aunque la lengua inglesa no concede esta posibilidad de diferencia de tratamiento, en castellano los interlocutores pueden hablarse de *Ud.* o de *tu*. El uso del *Ud.* Tradicionalmente se ha reservado para expresar respeto hacia otra persona -a los ancianos-, para expresar distancia -al hablar con desconocidos-, para significar diferencias de estatus -entre jefe y subordinado-, o en situaciones formales -para dirigirse a una audiencia-. El uso del *tú* suele percibirse como signo de apertura, proximidad, igualdad...

En las preguntas de la traducción provisional, el entrevistado recibe el tratamiento de *Ud.*, por ejemplo, *¿Han variado mucho sus hábitos de un día a otro? o ¿Cuánto le gustaría pesar?* Sin embargo, los revisores recomiendan que, el tratamiento de *Ud.* adoptado en la versión se sustituya por el tratamiento de *tu*. Dicha recomendación se apoya en los siguientes tres argumentos. El primero se refiere a las costumbres de nuestro entorno social, en las últimas décadas, el tratamiento de *tú* se ha extendido a situaciones formales y a relaciones con figuras de autoridad, por ejemplo, su uso es frecuente entre alumno y profesor universitario, entre médico y paciente, entre joven y anciano-. El segundo argumento se asocia al papel que el clima de confianza entre entrevistador y entrevistado juega respecto a la obtención de información. La entrevista exige profundizar en algunas temáticas delicadas, incómodas o dolorosas para la persona. Se le pide que las verbalice y las comparta lo que podría desencadenar desconfianza o miedo y obstaculizar la comunicación. En último lugar, el tercer argumento se deriva de la edad de la muestra, 16 años en adelante -tratar a adolescentes de *Ud.* podría ser contraproducente, ya que favorecería una percepción de distancia y formalismo.

La sugerencia de los revisores se acepta y se incorpora a la versión EuroS-EDE1, en ella por tanto, las preguntas dirigidas a los sujetos se formulan del siguiente modo *¿Han variado mucho tus hábitos de alimentación de un día a otro? o ¿Cuánto te gustaría pesar?*

#### Estructura temporal de la entrevista

Esta modificación afecta a la totalidad de la entrevista. El marco temporal de la entrevista se sitúa en los últimos tres meses, tomando como referencia el momento en el que la

aplicación tiene lugar. La estructura temporal del instrumento obliga a situarse retrospectivamente en los tres meses anteriores. Así, primero se pregunta por las últimas cuatro semanas (Mes 1), *Over the past 4 weeks have you felt fat?* Una vez se ha obtenido la información necesaria para evaluar este apartado, se pregunta por el mes que antecede al periodo ya valorado, es decir, el (Mes 2) y se finaliza con el periodo más lejano en el tiempo respecto al momento en que se realiza la entrevista, esto es, el (Mes 3). Los revisores coinciden con Fairburn y Cooper (1993) al señalar que éste puede resultar un ejercicio complejo tanto para el sujeto como para el entrevistador. Con ánimo de facilitar el proceso los revisores proponen varias estrategias que se describen a continuación.

En primer lugar, sugieren que antes de comenzar con las preguntas se le explique al sujeto la mecánica temporal de la entrevista, ilustrándola con algunos ejemplos y ejercitándola con una temática distinta a la que después se abordará, por ejemplo, en relación al sueño. Además, opinan que, utilizar sistemática y consistentemente términos y expresiones diferenciados para cada uno de los momentos, serviría de ayuda para situarse en uno u otro periodo. Los autores adoptaron este método en la versión original, en ella el entrevistador utiliza *Over the past 4 weeks* para referirse al mes 1 y *preceding 2 months* para referirse a los meses 2 y 3. Este método quedó reflejado en la traducción provisional mediante la expresión, *en las últimas 4 semanas*, para el mes 1 y la expresión, *los 2 meses precedentes*, para los meses 2 y 3. Sin embargo, los revisores señalan que el término, *precedentes*, elegido para traducir, *preceding*, aunque correcto en cuanto al significado, podría plantear problemas de comprensión para algunos sujetos. En consecuencia, aconsejan sustituir, *precedentes*, por *anteriores*, recomendación que se acepta, quedando la formulación del siguiente modo *Pregunte sobre los 2 meses anteriores* se sobreentiende (al que ya se ha evaluado).

#### Términos relevantes objeto de traducción e interpretación

*Shape* constituye uno de los conceptos centrales de la entrevista, hasta el punto de dar nombre a una de las subescalas *Shape Concern*. En la traducción provisional *shape*, se tradujo por *silueta corporal*, con ello se lograba mantener la coherencia con el criterio adoptado en el DSM-IV (APA, 1995). No obstante, los revisores consideraron que *silueta* es

un término que se asocia a discursos formales y que en nuestro contexto el término *figura* está más extendido. En consecuencia, se decide sustituir *silueta* por *figura* en las secciones dirigidas a los sujetos, *Has this been to influence your shape or weight?*, es decir, “¿Ha sido para controlar tu peso o tu figura?” pero mantener *silueta* en las secciones dirigidas al entrevistador *Importance of shape*, *Importancia de la silueta* a favor de mantener la coherencia con el DSM.

*Pattern* se utiliza para denominar el ítem *Pattern of eating* y se utiliza también en la formulación de las preguntas al sujeto *I would like to ask you about your pattern of eating*. El término elegido para la traducción provisional fue *patrón*. Así, denominamos al ítem *Patrón de Conducta Alimentaria* y la pregunta que se formula al sujeto decía: *Me gustaría preguntarle acerca de su patrón alimentario*. La razón por la que se adoptó este término y no otro, es doble, por un lado, se trata del equivalente en castellano y por otro lado, es el término adoptado por el DSM-IV.

La puntualización de los revisores en relación a esta elección reside en la posibilidad de que *patrón* aun siendo el término técnicamente más adecuado, podría resultar extraño o inusual para los sujetos más jóvenes y para los sujetos de nivel cultural más bajo. En consecuencia, proponen mantener la voz *patrón* en la denominación del ítem y su sustitución por *estilo* o *hábitos* en la pregunta dirigida a los sujetos. Modificación que se incorpora siendo *estilo* el término elegido: *Me gustaría preguntarle acerca de su estilo de alimentación*.

*Sustituir interferir por disminuir*. Esta modificación afecta al ítem *Preocupación por la Ingesta, las Calorías o los Alimentos*, perteneciente a la *Subescala Preocupación por la Ingesta*, así como al ítem *Preocupación por la Silueta o por el Peso*, incluido tanto en la *Subescala de Preocupación por el Peso* como en la *Subescala de Preocupación por la Silueta*. En ambos ítems se trata de evaluar, la frecuencia con la que, en el periodo de tiempo especificado, se han experimentado pensamientos relacionados con la ingesta, los alimentos y las calorías o pensamientos sobre la silueta corporal o el peso y, en segundo lugar, en qué grado dichos pensamientos han constituido un obstáculo para concentrarse. La dificultad que los revisores señalan radica en la traducción del término *interfere* recogido en las preguntas: *Has thinking about your shape or weight interfered with your ability to*

*concentrate?* El término se tradujo mediante su equivalente en castellano *interferir* tanto en los apartados dirigidos a los sujetos: *¿Considera que el pensar en la figura o en el peso ha interferido en su capacidad para concentrarse?*, como en las secciones dirigidas a los entrevistadores: *Si han existido pensamientos intrusivos en relación al peso o la figura que interfirieron en el desarrollo de otras actividades, se considera que la concentración ha resultado perjudicada.*

Los revisores consideran que en virtud del dominio limitado de vocabulario, bien por razones de edad, o bien por razones de nivel educativo, el término *interferir* podría plantear problemas para la correcta comprensión de las preguntas por parte de algunas personas. En consecuencia sugieren, que en el apartado dirigido a los sujetos, *ha interferido* se sustituya por *ha disminuido*. Así, *¿Consideras que pensar en los alimentos, la ingesta o las calorías ha disminuido tu capacidad para concentrarte?* De igual modo, *Consideras que el pensar en la figura o en el peso ha disminuido tu capacidad para concentrarte?* La sección de entrevistadores no va a ser afectada por el cambio.

Sustituir *afectó* por *influyó*. Esta modificación afecta al ítem *Importancia de la Silueta* perteneciente a la *Subescala Preocupación por la Silueta*, así como al ítem *Importancia del Peso* perteneciente a la *Subescala de Preocupación por el Peso*. En estos ítems se pretende evaluar la importancia que la silueta corporal y el peso respectivamente tienen para los sujetos. Se parte de la hipótesis de que si el estado de ánimo de la persona varía en función de la silueta corporal o del peso, es porque constituyen un criterio muy importante en su esquema de autoevaluación. Los autores utilizan los verbos *to influence* y *to affect* para reflejar esta idea.

En la versión original inglesa las preguntas dirigidas a los sujetos en el ítem *Importance of Shape* se formulan como sigue: *Over the past 4 weeks has your shape been important in influencing how you feel about (judge, think, evaluate) yourself as a person?*, el ítem sigue diciendo: *If you imagine the things that influence how you feel about (judge, think, evaluate) yourself -such as (your performance at work, being a parent, your marriage, how you get on with other people)- and put this things in order of importance, where does your shape fit in?*,

*y continua, If, over the past 4 weeks, your shape had changed in any way, would this have affected how you feel about yourself?*

En la traducción provisional se ha utilizado el verbo *afectar*. Los revisores señalan que *afectar* podría resultar un término poco frecuente en el entorno de algunos sujetos y poco utilizado por ellos, en consecuencia sugieren que se sustituya *afectar* por *influir*. *A lo largo de las últimas cuatro semanas, ¿ha influido tu figura en tu estado de ánimo? Si piensas en las cosas que influyen en su estado de ánimo, en lo que piensas sobre ti misma o la forma en que te evalúas o te juzgas (por ejemplo, tu rendimiento en el trabajo, ser madre, tu matrimonio, tu relación con otras personas) y las ordenaras en función de su importancia, en qué lugar situarías la figura? Si en las cuatro últimas semanas tu figura hubiera cambiado en cualquier sentido, ¿habría influido esto en tu estado de ánimo?*

Sustituir *ha experimentado* por *ha sentido*. El ítem evalúa si el sujeto ha sentido el deseo de perder peso en las 4 últimas semanas y si este fuera el caso, cuál ha sido la intensidad del deseo. En la versión original las preguntas dirigidas a los sujetos en el ítem *Deseo de Perder Peso* se formulan como aparece a continuación: *Over the past 4 weeks have you wanted to lose weight? Have you had a strong desire to lose weight?* El término elegido en la primera versión para reflejar esta idea fue *experimentar*. Así las preguntas dirigidas a los sujetos en la versión se formulan: *A lo largo de las últimas cuatro semanas, ¿has deseado perder peso? ¿Has experimentado un fuerte deseo de perder peso?*

En opinión de los revisores, *experimentar* refleja con precisión el concepto que se pretende transmitir, no obstante, podría resultar un término poco frecuente en el entorno de algunos sujetos. En consecuencia, recomiendan que *experimentar* se sustituya por *sentir*, en las secciones dirigidas a los sujetos, esto es: *En las cuatro últimas semanas has deseado perder peso? ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?* En las instrucciones para el entrevistador por el contrario, proponen mantener el término *experimentar*.

### ***Sugerencias aceptadas a favor de la adecuación sociocultural***

***Clasificación de las comidas.*** El modo en que un sujeto organiza sus tomas de comida responde, además de a necesidades fisiológicas, a variables culturales que tienen que ver

con el estilo de vida y las costumbres de una cultura concreta. El estilo de vida y las costumbres alimentarias anglosajonas difieren significativamente de las mediterráneas. Esta diferencia se agudiza aún más si nos situamos en la cultura vasca. La clasificación propuesta en el EDE 12.0D para la recogida y codificación de la información responde a las costumbres anglosajonas. En el entorno cultural gastronómico vasco las tomas se distribuyen del siguiente modo: desayuno (inmediatamente después de levantarse), tentempié a media mañana, comida, merienda, cena, merienda-cena (una cantidad equiparable a la de la cena que se consume a la hora de la merienda y sustituye a la cena), picar a la noche. Por otro lado el *brunch* (desayuno-comida) costumbre habitual de los fines de semana en el entorno anglosajón es infrecuente en nuestra cultura. Ver Anexo 7 en la página 254.

*Correspondencia temporal.* La versión original del EDE indica que ilustrar el periodo de tiempo en el ítem puede resultar útil para algunos sujetos y propone el periodo de 9 de la mañana a 5 de la tarde. En la cultura anglosajona, las comidas principales del día son el desayuno y la cena, en la cultura mediterránea por el contrario la comida constituye la toma principal ver Anexo 8 en la página 254. Por este motivo, se propone sustituir el periodo de tiempo señalado por otros más acordes al entorno sociocultural en el que la entrevista se aplicará. Así, en la versión corregida aparece: *Ilustrar el periodo de tiempo (de 7 de la mañana a 3 de la tarde o de 1 del mediodía a 9 de la noche) puede servir de ayuda.*

Sugerencias aceptadas a favor de la adecuación gramatical

Ítem *Incomodidad al ver el cuerpo.* La formulación de las instrucciones dirigidas al entrevistador resulta en opinión de los revisores poco clara en la versión C1 “*La incomodidad debe asociarse a la figura o a la apariencia general y no a aspectos concretos de la apariencia, como por ejemplo, el acné, o deberse a la modestia?* La version original inglesa, *The discomfort should be due to the subject’s sensitivity about the overall appearance of his or her shape. It should not stem from sensitivity about specific aspects of appearance (e.g. acne) or from modesty.* En su lugar, los revisores proponen: *La incomodidad debe tener su origen en la silueta y no en la modestia o en aspectos concretos de la apariencia, como por ejemplo, el acné.*

Ítem *Evitación de la exposición*. Al igual que en el ítem *Discomfort seeing body* la formulación de las instrucciones dirigidas al entrevistador resulta en opinión de los revisores poco clara en la versión (C1), *La incomodidad debe asociarse a la figura o a la apariencia general y no a aspectos concretos de la apariencia, como por ejemplo, el acné, o deberse a la modestia?* La versión original inglesa *“The discomfort should be due to the subject’s sensitivity about the overall appearance of his or her shape. It should not stem from sensitivity about specific aspects of appearance (e.g. acne) or from modesty.”* En su lugar, los revisores proponen, *“La incomodidad debe tener su origen en la silueta y no en la modestia o en aspectos concretos de la apariencia, como por ejemplo, el acné.”* La sugerencia se acepta y se incorpora en la segunda versión (C2).

#### Sugerencias desestimadas

*Orden de los ítems*. Los revisores hacen referencia al orden de los ítems sugiriendo la posibilidad de organizarlos de otro modo siguiendo el criterio que se describe a continuación: En una primera fase comenzar la entrevista abordando algunos de los ítems que, en principio, plantean temáticas poco amenazantes para el sujeto. Continuar, en un segundo momento, abordando los ítems que plantean cuestiones más delicadas y que poseen una mayor probabilidad de provocar bloqueos. En la última fase de la entrevista, volver a ítems menos amenazantes.

En las instrucciones dirigidas a los entrevistadores, los autores contemplan la posibilidad de alterar el orden de los ítems en el caso de que el entrevistador lo juzgue oportuno, señalando, sin embargo, que en su experiencia, el orden propuesto en el formato de la entrevista no ha planteado problemas en la mayoría de los casos. *“En el EDE los ítems se pueden abordar en cualquier orden, aunque la secuencia que se presenta en la entrevista resultará satisfactoria en la mayoría de los casos”* (Fairburn & Cooper, *The Eating Disorder Examination* (12th Ed.), 1993, pág. 328).

Puesto que la posibilidad de modificar el orden en caso de necesidad se contempla por parte de los autores, se decide no incorporar este cambio en la versión y dejar a criterio del entrevistador la conveniencia de alterar el orden a favor de la aplicabilidad de la entrevista.



*Sistema de codificación.* Tal como se ha explicado anteriormente, el sistema de codificación de la prueba gira en torno a dos variables, en unos casos se valora la frecuencia con que la característica está presente y en otros casos se valora la severidad esto es la intensidad de la característica. En los ítems en que se valora la frecuencia del síntoma, el entrevistador debe elegir una puntuación de 0 a 6 dependiendo del número de días en que el síntoma está presente, tal y como se especifica en tabla que se presenta a continuación.

Como podrá observarse los intervalos no son homogéneos, lo que en opinión de los revisores añade dificultad a un sistema de codificación ya de por sí complejo, por lo que sugieren la conveniencia de incluir intervalos homogéneos. Tras estudiarla, esta propuesta resulta desestimada. La decisión se apoya en que la modificación implicaría un cambio sustancial afectando a la mecánica y a la evaluación diagnóstica de la entrevista. Además, este cambio eliminaría la posibilidad de realizar estudios comparativos entre las investigaciones realizadas mediante el EDE 12.0D y las investigaciones llevadas a cabo por medio de la versión castellana del EDE. Ver Anexo 9 en la página 254.

*Traducción del término influence.* El término *influence* aparece repetidamente como pregunta obligada en todos los ítems de la *Restraint Subscale*, *Has this been to influence your shape or weight?* En la primera versión original la frase se tradujo literalmente la frase: *¿Pretendía influir en su figura o en su peso?* Los revisores de la entrevista señalaron que el término *influir* no es el más apropiado en este contexto y propusieron su sustitución por el término *controlar* o *modificar*, esto es: *¿Pretendías controlar tu figura o tu peso? o bien ¿Pretendías modificar tu figura o tu peso?*

Una vez analizadas las alternativas consideramos que el término más apropiado en el contexto de la frase sería *controlar*, no obstante, los autores de la entrevista utilizan el equivalente inglés de controlar *control* consistente y sistemáticamente sólo en los ítems diagnósticos que se evalúan las conductas compensatorias inadecuadas, en concreto, en el ítem *Provocación del Vómito* “*Over the past 4 weeks have you made yourself sick as a means of controlling your shape or weight ?*”, en el ítem *Abuso de Laxantes* “*Over the past 4 weeks have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight ?*” y en el ítem *Abuso de Diuréticos* “*Over the past 4 weeks have you taken laxatives as a means of*

*controlling your shape or weight ?*. Sin embargo, en las secciones de evaluación de los meses 2 y 3 de estos mismos ítems los autores utilizan el término *influence: Ask about the preceding 2 months if practising self induced vomiting to influence shape, weight or body composition*, por lo que se deduce que este uso diferencial no es deliberado. En consecuencia, siguiendo la recomendación de los revisores se decide sustituir *influir* por *controlar*: *¿Pretendías controlar tu figura o tu peso?*

*La expresión sin comer nada es redundante*. Los revisores indican que en la pregunta dirigida a los sujetos *“Durante las 4 últimas semanas, ha permanecido despierta y sin comer nada durante periodos de .....?”, nada* resulta redundante. No obstante, puesto que para algunas personas *picar* no posee el mismo significado que *comer* y teniendo en cuenta que el ítem valora que no se haya ingerido ningún alimento durante el periodo de tiempo especificado, se opta por desestimar la sugerencia y mantener la formulación de la pregunta.

**Tabla 11. Panel de expertos. Expresiones lingüísticas consideradas, sugerencias aceptadas y desestimadas. Primer control al que se sometió la primera traducción provisional**

| MARCO                                                    | Expresión                             |           |          |            |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|------------|
| CONCEPTUAL                                               | Diferencia entre “guilt” y “regret”   |           |          |            |
|                                                          | Indicaciones para el exceso de comida |           |          |            |
| EVOLUTIVO                                                | Tratamiento de tu                     |           |          |            |
|                                                          | Estructura temporal de la entrevista  |           |          |            |
|                                                          | Traducción de “shape”                 |           |          |            |
|                                                          | Traducción del término “pattern”      |           |          |            |
|                                                          | “Interferir” por “disminuir”          |           |          |            |
|                                                          | “Afectó” por “influyó”                |           |          |            |
| CULTURAL                                                 | “Experimentado” por “sentido”         |           |          |            |
|                                                          | Tratamiento de tu                     |           |          |            |
|                                                          | Traducción “shape”                    |           |          |            |
|                                                          | Clasificación de las comidas          |           |          |            |
|                                                          | Ejemplos de periodos de tiempo        |           |          |            |
| GRAMATICAL                                               | Indicaciones para el exceso de comida |           |          |            |
|                                                          | Incomodidad al ver el cuerpo          |           |          |            |
| SUGERENCIAS ACEPTADAS                                    | Evitación al ver el cuerpo            |           |          |            |
|                                                          | CONCEPTUAL                            | EVOLUTIVO | CULTURAL | GRAMATICAL |
| General Tratamiento de tu                                |                                       | X         | X        |            |
| Estructura temporal de la entrevista                     |                                       | X         |          |            |
| Traducción de “shape”                                    |                                       | X         | X        |            |
| Introducción Traducción del término “pattern”            |                                       | X         |          |            |
| Clasificación de las comidas                             |                                       |           | X        |            |
| Restricción Ejemplos de periodos de tiempo               |                                       |           | X        |            |
| Ingesta “Interferir” por “disminuir”                     |                                       | X         |          |            |
| Diferencia entre “guilt” y “regret”                      | X                                     |           |          |            |
| Silueta Sustituir “afectó” por “influyó”                 |                                       | X         |          |            |
| Incomodidad al ver el cuerpo                             |                                       |           |          | X          |
| Evitación al ver el cuerpo                               |                                       |           |          | X          |
| Peso Sustituir “afectó” por “influyó”                    |                                       | X         |          |            |
| Interferir por disminuir                                 |                                       | X         |          |            |
| Sustituir “experimentado” por “sentido”                  |                                       | X         |          |            |
| Ítems diagnósticos Indicaciones para el exceso de comida | X                                     |           | X        |            |

#### 2.4.4. Segundo control. Análisis de ítems con población blanco

La entrevista constituye un recurso excelente para obtener información pero condicionado por diversos aspectos. El primero de ellos es la comprensión de las preguntas que se

formulan. Los términos o formulaciones equívocas con más de un significado, el uso de términos, desconocidos o inusuales del entorno social de la persona entrevistada pueden y de hecho interfieren seriamente la validez de la información obtenida.

Además de comprendida, una pregunta debe ser recordada para poder ser respondida. Puesto que la administración de la entrevista se realiza oralmente y el sujeto no cuenta con información escrita que le permita recordar las preguntas, el esfuerzo por recordar la pregunta podría interferir en la articulación de una respuesta posterior. Parece importante que el entrevistador sea consciente de este hecho y más concretamente a qué preguntas afecta a fin de que adapte su discurso en futuras administraciones del EDE.

Por último, el objetivo de cualquier entrevista consiste en la obtención de información relevante a partir de la formulación de preguntas. Esto significa que la comprensión de las preguntas es una condición necesaria pero no suficiente, en orden a garantizar la validez. Son varias las razones por las que la obtención de respuestas podría resultar perjudicada al administrar el EDE. En primer lugar, podría suceder que el sujeto no haya pensado con anterioridad sobre el tema situación o problema que se plantea, resultándole un ejercicio complicado articular una respuesta inmediata. En segundo lugar, si el tema, problema o situación planteada no resulta relevante para el sujeto, la falta de motivación por facilitar información disminuiría. Finalmente, si el sujeto se sintiera incomodado, violentado o amenazado, por la temática planteada, aumenta la probabilidad de que no responda o de que sus respuestas no sean sinceras, es decir que oculte información o disfrace la información que proporciona.

### Objetivo

La edad y el nivel educativo son variables que condicionan el desarrollo conceptual, el nivel de conocimiento del lenguaje o la riqueza de vocabulario de los sujetos y, en consecuencia, su capacidad de comprensión verbal. Se plantea, por tanto, la necesidad de comprobar si, los términos y las expresiones seleccionadas para la formulación de las preguntas EDE, resultan adecuadas respecto a la edad y el nivel educativo de la población blanco. Esta es la razón que justifica la planificación de un segundo control en el procedimiento.

Dicho control consiste en la revisión de las preguntas dirigidas a los entrevistados en la ES-EDE1. Con ello, se espera detectar aquellas dificultades que, a nivel de comprensión, pudiera plantear la sección dirigida a los sujetos. El resultado de este segundo control y las modificaciones que de él se deriven afectarán exclusivamente a las secciones dirigidas a los sujetos, es decir, a las preguntas obligatorias y opcionales que se proponen para cada ítem y no a las secciones dirigidas al entrevistador.

### Participantes

Participan 18 personas, todas ellas mujeres de edades comprendidas entre los 16 y los 30 años con niveles educativos diversos. Aunque los varones también desarrollan TCA, algunos estudios indican que en los últimos años el número de varones afectados está creciendo, el porcentaje de mujeres afectadas y atendidas por los servicios de salud mental es mucho más elevado. Adicionalmente, los TCA no se distribuyen homogéneamente entre la población femenina sino que afectan especialmente a mujeres adolescentes y jóvenes. Los estudios epidemiológicos indican que la AN se manifiesta preferentemente en adolescentes de 14 a 18 años, aunque investigaciones recientes apuntan la prevalencia progresivamente mayor entre niñas de 10 y 11 años. La BN por su parte, suele manifestarse más tardíamente. Las investigaciones señalan que la edad de las afectadas suele ser 18 años o más.

El segundo control no incluye participantes menores de 16 años en coherencia con la edad límite que se estableció en la validación de la versión original. Tampoco incluye mayores de 30 años ya que no se espera que difieran por razones evolutivas o educativas respecto a otros grupos de edad. Por último, las investigaciones indican que el nivel de educativo se asocia a la capacidad de comprensión verbal de los sujetos. La enseñanza general es obligatoria hasta los 16 años. Una vez finalizada el sujeto opta por la búsqueda de empleo o continuar la formación reglada, siendo dos las opciones, bien la formación profesional que se dirige al desarrollo de habilidades técnicas o continuar con el Bachillerato y la formación universitaria. Véase Tabla 12.

**Tabla 12. Distribución de la muestra según grupos y niveles**

| EDAD                           | NIVEL EDUCATIVO                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <b>GRUPO A</b><br>(16-18 años) | No escolarizada (2 mujeres)       |
|                                | Formación profesional (2 mujeres) |
|                                | Bachillerato (2 mujeres)          |
| <b>GRUPO B</b><br>(19-22 años) | Universidad (3 mujeres)           |
|                                | No universitario (3 mujeres)      |
| <b>GRUPO C</b><br>(22-30 años) | Universidad (3 mujeres)           |
|                                | No Universidad (3 mujeres)        |

Encontramos dificultades para reclutar a personas de 16 a 18 años que no estuvieran escolarizadas. No obstante, tratándose del perfil que a priori tanto por razones evolutivas como educativas, más dificultades de comprensión verbal podría plantear, se solicitó a Caritas Diocesana, en concreto al Programa de Educación Familiar, que facilitara el contacto con personas que reunían estas condiciones.

### Procedimientos

Antes de comenzar, los participantes recibieron información en relación a cuatro cuestiones: garantías éticas, objetivo, la naturaleza de su participación y el sistema de codificación<sup>6</sup>. Véase el Anexo 10 de la página 251. A fin de que la tarea resulte más sencilla, las participantes reciben información oral y escrita sobre el sistema de codificación que se muestra a continuación. Se espera que al visualizar las alternativas, no tienen que concentrarse en recordarlas y esto favorezca la escucha de las preguntas. Una vez las participantes han recibido cumplida información se procede a formular una a una las preguntas que se someten a examen. Hasta este momento, hemos adoptado como unidad de análisis el ítem, pero teniendo en cuenta que muchos de los ítems del EDE incluyen más

---

<sup>6</sup> Los participantes no reciben sin embargo, información sobre el estudio general, es decir, desconocen que se trata de un estudio de validación de una entrevista diagnóstica sobre TCA.

de una pregunta, consideramos oportuno adoptar como unidad de análisis cada pregunta por separado. Por esta razón y sólo para este apartado, cada pregunta ha recibido una numeración que no coincide con la del ítem. El listado de preguntas y su numeración aparece en la tabla que se presenta en los anexos. El lector comprobará que algunas de las preguntas se señalan con un asterisco, esto significa que la pregunta se repite y por lo tanto es suficiente con someterla a examen una vez.

**Tabla 13. Detalle de los criterios de valoración de los ítems con los participantes**

| CRITERIOS                | CODIGOS | CARACTERÍSTICAS DEL ÍTEM                                                |
|--------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|
| Es una pregunta clara    | 1       | No se contemplan distintas opciones                                     |
| No es una pregunta clara | 2       | Posee más de un significado                                             |
|                          | 3       | Utiliza palabras que no tienen sentido                                  |
|                          | 4       | Utiliza palabras poco frecuentes en mi entorno                          |
| Es difícil de responder  | 5       | Plantea un tema, problema o situación sobre el que nunca había pensado. |
|                          | 6       | Plantea un tema que no tiene sentido.                                   |
|                          | 7       | Plantea un tema, idea o situación irrelevante para mí.                  |
|                          | 8       | Plantea un tema molesto, delicado, embarazoso.                          |
|                          | 9       | La pregunta es excesivamente larga                                      |
| Otras                    | 0       |                                                                         |

La administración del EDE es oral. Entender y retener información transmitida oralmente exige una mayor habilidad que la requerida para entender y retener la información transmitida por escrito. Cuando escuchamos tenemos que adaptarnos al ritmo de quien habla. Cuando leemos, sin embargo, somos nosotros quienes imponemos el ritmo y esto nos permite ajustarlo en función de la densidad del contenido, de la dificultad semántica que plantee o en función de la fatiga física, por ejemplo. El tener que adaptar nuestra escucha al ritmo de nuestro interlocutor constituye una dificultad añadida. Por ello, las preguntas se formularon tal y como se redactaron. La formulación se realizó oralmente y las participantes no contaron con una copia escrita de las preguntas. Solicitamos al examinador que extremar el cuidado al formular las preguntas, evitando disminuir el ritmo del habla en las preguntas largas, evitando cambiar de tono de voz para subrayar deliberadamente ciertos matices. La

formulación debía ser lo más parecida posible a la formulación de las preguntas en un contexto de entrevista.

## Resultados

Mediante este segundo control, nos interesaba identificar tres tipos de dificultades. Dificultades para comprender el significado de la pregunta, dificultades para retener y recordar la pregunta y aquellas preguntas que aun siendo perfectamente comprendidas y recordadas plantean dificultades de respuesta. Las casuísticas encontradas fueron las siguientes:

a) *Pregunta equívoca. Posee más de un significado.* Podemos concluir que en opinión de las participantes que la formulación de las 76 preguntas en el ES-EDE1 no es equívoca, es decir, no posee más de un significado con tres excepciones, (2) *“Han variado mucho tus hábitos de un día a otro?”*, (5) *“Qué puedes decirme sobre los dos meses anteriores”*, (9) *“Durante las últimas 4 semanas ¿has permanecido despierta y sin comer nada durante periodos de 8 o más horas?”*. En el caso de las dos primeras preguntas, 2 y 5, el origen del equívoco reside en la descontextualización de las preguntas. Los ítems del EDE 12.0D se componen de varias preguntas, así la pregunta número 2 *“Han variado mucho tus hábitos de un día a otro?”*, por ejemplo, forma parte del grupo de preguntas introductorias y se formula como sigue *“Para empezar me gustaría obtener una visión general de tus hábitos de alimentación en las 4 últimas semanas”* *“Han variado mucho tus hábitos de un día a otro?”*. Lo mismo puede decirse en relación a la pregunta número 5 *“Qué puedes decirme sobre los dos meses anteriores”*, pregunta que se formula siempre tras haber evaluado las últimas 4 semanas en relación a una temática, hábitos de alimentación, provocación del vómito o abuso de laxantes por ejemplo. Las dificultades para comprender ambas preguntas, tendría su origen en el procedimiento del segundo control y su descontextualización.

En cuanto a la pregunta: *Patrón de alimentación*, la duda en este ítem podría tener un doble origen, por un lado, el significado ambiguo del término *comer*, comer significa para algunos sujetos consumir una de las tomas culturalmente generalizadas -desayuno, aperitivo de media mañana, comida, merienda, cena, picoteo nocturno-. Para otros comer significa el



consumo genérico de cualquier tipo y cantidad de alimento, por ejemplo, comer caramelos. El segundo origen haría referencia a la dificultad para identificar el periodo de tiempo requerido *periodos de 8 o más horas*. Las instrucciones para los entrevistadores ya anticipan esta dificultad y sugieren la conveniencia de ilustrar el periodo de tiempo. Nuevamente, puesto que en el segundo control las preguntas se descontextualizan, la dificultad se atribuye al procedimiento y no a la formulación de la pregunta.

b) *Términos desconocidos*. Los datos indican que las preguntas de la adaptación no contienen términos desconocidos. Sólo una de las participantes, mujer no universitaria 24 años, señala que 2 de las 76 preguntas incluyen vocabulario desconocido para ella<sup>7</sup>. Se trata de la pregunta *En el caso de que así fuera ¿cómo te hubieras sentido por no haberla transgredido* y la pregunta *En el caso contrario ¿cómo te hubieras sentido si no hubieras transgredido alguna de tus normas?* Obsérvese que en ambos casos el vocablo señalado como desconocido es *transgredir*. El ES-EDE1 utiliza el término *transgredir* en el ítem *Normas de Conducta Alimentaria* para traducir la palabra inglesa *break*. Tal como se ha descrito en el capítulo 1, identificar la existencia de normas y diferenciarlas las orientaciones o principios generales resulta una tarea fundamental en el diagnóstico de los TCA. La relevancia del constructo es proporcional a la complejidad de la tarea, un modo indirecto pero eficaz para deducir su existencia es la vivencia de incumplimiento. A fin de garantizar la adecuada valoración del constructo se decide que el ES-EDE2 utilizará *no cumplir* en lugar de *transgredir*, esto es, *En el caso de que así fuera ¿cómo te hubieras sentido por no haberla cumplido?* y *En el caso contrario ¿cómo te hubieras sentido si no hubieras cumplido alguna de tus normas?*

c) *Términos infrecuentes*. Dos de las 18 participantes señalan dificultades de comprensión derivadas de la presencia de palabras infrecuentes en su entorno y señalan las palabras *transgredir* y *normas*. La primera ya ha sido objeto de análisis y modificación en otro apartado, en cuanto a la segunda, la participante argumenta que siendo una palabra de

---

<sup>7</sup> Cabe mencionar que otra de las participantes califica el término “transgredir” como infrecuente en su entorno, para más detalles consulte el apartado siguiente del análisis de resultados.

significado conocido, no le resulta un término de uso frecuente en relación a la alimentación. Tras valorar la explicación de la participante, se decide mantener el término *normas* en el ES-EDE2. Esta decisión obedece a dos razones; una, la dificultad no radica en el uso infrecuente del término *normas*, de significado conocido y uso extendido, sino en su aplicación a la temática alimentaria y dos, resulta difícil encontrar una palabra de uso más frecuente en el área de alimentación que refleje adecuadamente el significado del constructo.

*d) Plantea un tema, problema o situación sobre el que nunca había pensado.* Cuatro de las 76 preguntas se clasifican bajo este criterio y corresponden a 3 de las 18 participantes. Más concretamente, (5) *¿Qué puedes decirme sobre los dos meses anteriores?*, (20) *¿Han sido normas específicas o directrices generales? Ejemplos de normas específicas serían: No debo comer huevos o No debo comer pastel, mientras que una directriz general sería: Debería comer alimentos más sanos*, (41), *Durante las últimas 4 semanas se ha provocado vómitos a fin de controlar su peso o su figura?* (45) *¿Cuántas menstruaciones has tenido?*

*e) La pregunta plantea un tema que no tiene sentido.* 21 preguntas se consideran difíciles de responder por carecer de sentido, pero estas calificaciones corresponden exclusivamente a 3 de las 18 participantes, (pertenecientes al grupo de edad 22-30, una de ellas universitaria, las otras dos, no universitarias).

*f) Plantea un tema, idea o situación irrelevante para mí.* Ningún ítem se califica de irrelevante.

*g) Preguntas que abordan temas molestos delicados o embarazosos.* Uno de los resultados más sorprendentes obtenidos a partir del segundo control es que 44 de las 76 preguntas formuladas en el ES-EDE1, es decir, más del 50%, se califican como molestas, delicadas o embarazosas por parte de, al menos, una participante. Esta no constituye una cuestión menor ya que podría conducir a omitir o camuflar información, condicionando la validez de la evaluación. Sin embargo, un análisis posterior más detallado, indica que valoración se concentra básicamente en dos participantes, una califica como embarazosas 38 de las 76 preguntas y la otra 23 de 76. Una de las razones que podría explicar la percepción de estas dos personas apuntaría hacia posibles alteraciones alimentarias. No olvidemos que el

secretismo y/o la negación de la problemática es uno de los rasgos que caracterizan a estas personas.

*h) Longitud de las preguntas.* El resultado del análisis indica que 18 de las 76 preguntas se consideran excesivamente largas por parte de algún participante. Por ejemplo, quince de las 18 participantes estimaron como excesivamente larga la pregunta: *En las últimas cuatro semanas ¿has intentado seguir alguna norma específica en relación a la comida, como por ejemplo, una cantidad limitada de calorías, cantidades de alimentos preestablecidas o normas sobre qué debía comer o cuando debías comer?* Del mismo modo, diez de las 18 participantes, más del 50% por ejemplo, consideraron que la pregunta: *Si piensa en las cosas que afectan a su estado de ánimo, a lo que piensa sobre sí misma o a la forma en que se evalúa o juzga (como por ejemplo, su rendimiento en el trabajo, ser madre, su matrimonio, su relación con otras personas) y tratase de ordenarlas en función de su importancia, ¿en qué lugar situaría la figura?* Dado que la entrevista original no limita el número de veces que se pueden formular las preguntas, se decide no modificarlas aunque se recomienda a los entrevistadores tener en cuenta la longitud de las preguntas al formularlas, por si fuera necesario repetirlas.

## Resumen

En síntesis, teniendo en cuenta las respuestas proporcionadas por los participantes podemos concluir que las preguntas formuladas en el ES-EDE1 no plantean problemas de comprensión para una población de mujeres de diversos niveles educativos y cuyas edades oscilan entre los 16 y los 30 años. Esta conclusión se basa en tres argumentos: primero, solamente 3 de las 76 preguntas se califican como ambiguas, además, la ambigüedad es resultado de la descontextualización, producto del procedimiento planteado para el segundo control. Segundo, únicamente una de las 18 personas entrevistadas refiere dificultades de comprensión por el desconocimiento de términos, valoración que afecta solamente a dos de las 76 preguntas y tratándose en ambos casos de un mismo término *transgredir*. Tercero, solamente 2 de las 18 personas informan tener dificultades para comprender el significado de las preguntas por la presencia de palabras infrecuentes en su entorno. La valoración afecta a dos palabras *transgredir* y *normas*, utilizadas exclusivamente en 4 de las 76

preguntas de la versión. En consecuencia, el ES-EDE2 solamente incorpora una modificación a fin de optimizar la comprensión de la sección dirigida a los sujetos, dicha modificación afecta al término *transgredir* presente en el ítem *Normas de Conducta Alimentaria*, término que se sustituye por *no cumplir*.

**Tabla 14. Segundo control. Detalle de los criterios de valoración de los ítems con los participantes**

| CRITERIOS                            | CODIGOS | CARACTERÍSTICAS DEL ÍTEM                                              |
|--------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|
| Es una pregunta clara                | 1       |                                                                       |
| No es una pregunta clara             | 3       | posee más de un significado                                           |
|                                      | 2       | utiliza palabras que no entiendo                                      |
|                                      | 4       | utiliza palabras poco frecuentes en mi entorno                        |
| Es una pregunta difícil de responder | 4       | plantea un tema problema o situación sobre el que nunca había pensado |
|                                      | 21      | plantea un tema que no tiene sentido                                  |
|                                      | -       | plantea un tema, problema o situación irrelevante para mí             |
|                                      | 44      | plantea un tema, problema o situación molesto, delicado, embarazoso   |
| Es una pregunta difícil de recordar  | 18      | pregunta excesivamente larga                                          |

Asimismo, los datos indican que la mayoría de las personas no encontrarían dificultades en la elaboración de respuestas, aunque quienes encuentran interferencias todas las preguntas sin excepción son relevantes y que las dificultades en la elaboración bien sea a causa de la novedad, la carencia de sentido o la incomodidad que generan se concentran en tres participantes. Así, 3 participantes consideran cuatro de las 76 preguntas difíciles de responder porque plantean temas o situaciones novedosos. Nuevamente 3 participantes entendieron que 21 preguntas resultaban difíciles de responder al carecer de sentido para ellas y finalmente 44 de las 76 preguntas formuladas en el ES-EDE1, es decir, más del 50%, se califican como molestas, delicadas o embarazosas, aunque corresponden en su totalidad a 2 participantes. Por último, 18 de las 76 preguntas se consideran excesivamente largas por parte de alguna participante. El análisis cualitativo de las mismas, indica que aunque el criterio es ajustado en algunos casos, en otros no lo es.

#### **2.4.5. Tercer control. Traducción inversa**

La versión del EDE en castellano constituye la adaptación de la versión inglesa EDE 12.0D y la validez de la nueva versión del instrumento respecto de la original exige minimizar los posibles sesgos derivados de la traducción. La literatura sobre adaptación y validación de entrevistas aconseja la elaboración de una traducción inversa, es decir, que la versión del instrumento en castellano se traduzca nuevamente al inglés por parte de un traductor ciego a la versión original. Además de la conveniencia metodológica, la traducción inversa fue una de las exigencias que el equipo de Oxford estableció como condición para dar su aprobación definitiva a la versión del EDE en castellano. En consecuencia, se programa un tercer control que consiste en la elaboración de una primera traducción inversa a ES-EDE2. Mediante este control se espera comparar la versión en castellano con la versión original inglesa y garantizar el adecuado funcionamiento de la nueva versión respecto a la versión original.

##### **Selección del traductor**

La selección del traductor constituye una cuestión trascendental. Se opta por un profesional de la psicología familiarizada con los constructos y mecanismos psicológicos, buen dominio de las dos lenguas, castellano e inglés, familiarizado con ambas culturas puesto que había vivido años en EEUU y completado su formación de posgrado en este país. Intencionalmente, la traductora no contaba con experiencia en TCA.

##### **Procedimiento**

La traductora no tuvo acceso a la versión original inglesa pero a fin de que captara el estilo, se familiarizara con expresiones y vocabulario, se le facilitó material en inglés, aunque de temática distinta, escrito por los autores de la entrevista. Así mismo, la traductora recibe información sobre los criterios que guiaron la traducción al castellano -en qué medida se trata de una traducción fiel o libre-, si se prioriza la utilización de lenguaje formal y técnico o más coloquial. También recibe información sobre el proceso de adaptación que hasta ese momento se ha seguido.

Una vez elaborada la traducción inversa, se comparó con la versión original. La comparación se realiza atendiendo a los siguientes aspectos: se identifican las diferencias entre las dos versiones en inglés -versión original y traducción inversa-, se estudia en qué medida las diferencias afectan a algún aspecto central del instrumento, -por ejemplo, al reflejo del constructo que se está evaluando o al sistema de codificación- y finalmente, se analiza si tales diferencias son consecuencia de un error en el proceso de traducción del inglés al castellano, error cometido en algún momento de las fases 1, 2 ó 3 o si se deben a una imprecisión en la traducción inversa. Se estudian posibles alternativas, se elige aquella resulta más apropiada y se incluye en la versión en castellano obteniendo ES-EDE3.

A continuación comparamos la traducción inversa con la versión inglesa original. La comparación permite detectar una serie de diferencias que se estudian detenidamente. Algunas de las diferencias reflejan diferencias de estilo, otras reflejan distinto nivel de dominio del idioma y otras plantean dificultades en el reflejo de los constructos.

## Resultados

La cuarta versión en castellano se entrega nuevamente al traductor y se le pide que elabore una Back EDE2. Se espera que la segunda traducción inversa refleje las variaciones que se han introducido.

### **2.4.6. Cuarto control. Comparación de las versiones: original e inversa**

Se espera que los autores de la entrevista comparen la segunda traducción inversa con la versión original inglesa y comprueben mediante este procedimiento indirecto la validez de la adaptación. En esta fase, la Back EDE2, segunda traducción inversa se envía al Warneford Hospital de la Universidad de Oxford a fin de que sea comparada por el equipo de autores con la entrevista original EDE 12.0D.

Sugerencias del Professor Fairburn tras comparar la Back EDE2 con la EDE 12.0D

- The title of the instrument is Eating Disorder Examination- not Eating Disorders Examination.

- Dietary Rules (bottom paragraph on page 7) the two examples of definite rules should involve the statement I must not eat.....rather than should not eat...
- Overeating section major probe questions on page 14, the term “binge eating” should be replaced by overeating.
- Dietary restriction outside bulimic episodes (line 2) – this item should only be rated if objective bulimic episodes have occurred over the past three months.
- Preoccupation with shape or weight within square brackets – “...have interfered with the development of other activities” should read “have interfered with engaging in other activities”.
- Fear of weight gain. This question should be shortened if the subject is overweight not omitted altogether.

Respuesta a las sugerencias realizadas por Fairburn.

Suggestions number 1, 2, 4, 5, and 6 have been already included in the EDE Spanish version. Suggestion number 3. Overeating section major probe questions on page 14, the term “binge eating” should be replaced by overeating. “Overeating” can be translated by “sobreingesta” and actually this was my choice for the 1<sup>st</sup> provisional Spanish version of the EDE. However, “sobreingesta=overeating” is a quite technical term in our context.

The examiners who checked this version suggested the term could be too technical (professional jargon) for some subjects and, subsequently, they could find it difficult to understand and thus answer the questions. When we discussed the issue, they suggested the maintenance of “sobreingesta=overeating” in the guidelines for the interviewers and its replacement by the term “atracon =binge” in the questions addressed to the subjects. But as you have pointed out many times the term binge eating has different meanings and the same thing applies to its equivalent in Spanish “atacón”.

I agree with you about the improper use of “binge eating” in the overeating section (major probe questions, page 14). I have been considering three possible alternatives:

a) To use the term (sobreingesta=overeating) which is the most precise one, accepting the risk of its meaning not being understood for some subjects. In this case, the item could be asked differently, as the instrument allows.

b) To replace the term “binge eating” by the expression “comer en exceso=to eat excessively” in the main probe questions, maintaining “sobreingesta=overeating” in the interviewers section.

c) To replace “binge eating” by the expression “comer demasiado=to eat too much” in the main probe questions, maintaining “sobreingesta=overeating” in the interviewers section.

The two last alternatives decrease the likelihood of misunderstandings. Do you think any of those two expressions “to eat excessively” or/and “to eat too much” would capture the meaning of “overeating”? Which of the three options make more sense to you.

Unresolved issues. Document 2. Conceptual issues

Difference between “body shape” and “body composition”

We are unclear about the difference in meaning between body shape and body composition. Please, could you provide us some clues regarding your understanding of the terms?

Difference between “influence” y “control”

I have noticed that in the restriction subscale, questions are always phrased “Has this been to “influence” your shape or weight?” while in the items referred to the recurrent and inappropriate compensatory behaviours you always use the verb “control”, (.....as a means of “controlling” your shape or weight?). Is this intentional? In Spanish the verb (influence=influir) is quite formal and it is infrequent (not wrong) to use it with regard to weight or shape. Provisionally, I decided to keep the more equivalent translation. However, I have been considering two other options slightly more appropriate in Spanish,

- To use the verb “controlar” (= to control) in every items (Restriction subscale = Has this been to “control” your shape or weight?) (Diagnostic items = .....as a means of controlling your shape or weight)
- To use the verb “modificar” (= to modify) instead of “to influence” in the Restriction subscale, (Has this been to modify your shape or weight?).and to maintain “controlar” (= to control) in the Diagnostic items (.....as a means of controlling your shape or weight.)



What would you suggest? Rating scales.

I have noticed that in several items you use two rating scales. One being, “slight, moderate and marked” and the other one being “some, moderate and supreme”. Could some and slight on the one hand, and “supreme” and “marked” on the other be considered equal rating points? Just for clarification, is “mild” synonymous of “slight” or of “moderate”?

Cultural and reliability issues

*Guilt about eating. Difference between “guilt” and “regret”.* The meaning of guilt is explained in the information provided to the interviewer, (guilt refers to a feeling that one has done wrong) but no reference is made to a precise definition of regret. The judges of the 1<sup>st</sup> Spanish version found difficult to make the distinction. They suggested that it might be useful to add a definition of regret including some examples in the information within the square brackets, for instance (guilt refers to a feeling that one has done wrong, while regret does not imply a moral judgement about what should be considered wrong. I feel sorry for not having done something or for having done it, i.e. I can regret for not being on time, I regret not having decided to travel with them last summer, but it does not mean that I have done something wrong). There is another option, this information could be provided in the interviewers training without its direct inclusion in the EDE instructions. What would be your opinion about it?

*Large amount of food.* The amount of eating is one of the key concepts to define the bulimic episodes. It is the interviewer who decides whether the amount should be considered “large” or not. To make the rating the interviewer should take in account the eating habits of the subject’s social group, which implies a deep knowledge of these eating habits. This variable is closely linked to culture, thus cultural differences should be considered, in this case, the differences between Anglo-Saxon culture and Basque culture.

So, a group of nutritionists, experts in sociology and anthropologists were interviewed in order to define which eating habits should be considered normative in our culture. I tried to get different eating patterns, depending on the subject’s age and life style

(students/professionals, single/with partner/family with children and so on). Additionally, differences were made between weekdays, weekends and parties.

I thought that defining the specificity regarding the eating habits in our context could increase the instrument reliability allowing a much more systematic exploration. The information could be used in the interviewers training process or could be directly included in the EDE guidelines for the interviewers (information within the square brackets).

However, this kind of data were to be used in any of the mentioned ways, they should be checked periodically since eating habits change, and of course, they should be used with caution at the present time. I would like to know what your opinion on this issue is. If you feel you need more specific information I can provide you with a translation of the material.

### ***Cambios en la adaptación como consecuencia de las sugerencias de Fairburn.***

*Translation of “overeating” in the major probe questions.* In the overeating section (major probe questions), the term “overeating” will be translated by “comer demasiado=to eat too much”. I am happy to know that, of the three alternatives described, you would favour the third option. I agree with you about option 3 being the most suitable one, because in my opinion it decreases the likelihood of misunderstandings and captures the meaning of “overeating”. Thus, I have decided to replace “binge eating” by the expression “comer demasiado = to eat too much” in the main probe questions, maintaining “sobreingesta = overeating” in the interviewers section.

As suggested by you, I have checked the Spanish translation of your book “Overcoming Binge Eating” (Paidós, 1998). The term “binge” is translated by “atacón”, and “overeating” by “sobreingesta”. Actually this is the most precise translation for both terms and it was my choice for the first Spanish version. However, as I told you “sobreingesta” is a quite technical term in our context.

*Body composition* I have been reconsidering the translation of “body composition”. I am afraid that back-translation might have been correct due to a very literal translation in the Spanish version “composición corporal”, I keep doubting about it. Taking into account your

definition “body composition refers to what one’s body is made, i.e. proportion of fat against muscle” I have been considering other alternatives, “body amount of fat”, “body proportion of fat” or “body mass”. Do you think any of those expressions could be used instead of “body composition”. Provisionally, I have decided to translate “body composition” by “proporción de grasa corporal=proportion of body fat” in the final Spanish version instead of term used before “composición corporal”. What is your opinion about it?

*Difference between influence y control.* As long as the use of “influence” and “control” in the original English version was not intentional, both have been translated by *controlar*= to control, in the final EDE 12.0D Spanish version.

*Guilt about eating. Difference between guilt and regret.* A definition of *regret* including some examples has been added in the information within the square brackets. “Guilt refers to a feeling that one has done wrong, while regret does not imply a moral judgement about what should be considered wrong. I feel sorry for not having done something or for having done it, i.e. I regret for not having seen that film, I regret not to be able to speak English fluently, but it does not mean that I feel guilty. Regret means to feel sorry or upset but it does not mean to feel guilty”.

Rating scales. Fine

*Large amount of food.* Thank you for the guidelines on rating large. I have got the patterns of what could be considered the usual amount of food eaten in different situations in our context. However, I had not any guideline of what might constitute a large amount of food and the kind of food typically eaten in “binges” by people here. Although your information applies to a different country, I do think that it can be helpful for us until we get information about what happens here. Hopefully, the study will provide us with more detailed information in this regard.

Las diferencias que los autores identificaron fueron pocas y no afectan a sustancialmente a los constructos centrales de la entrevista, tampoco a la mecánica de la entrevista ni al sistema de codificación, por lo que se concluye que la adaptación ES-EDE garantiza la equivalencia conceptual de la adaptación.

## 2.5. Entrenamiento.

La administración del EDE requiere la cualificación de los entrevistadores y tal competencia únicamente puede acreditarse a partir de un cuidadoso proceso de entrenamiento. Esta afirmación se apoya en los siguientes dos argumentos. Por un lado, aunque las entrevistas son un excelente y reconocido método de evaluación psicológica, se han identificado diversas variables que condicionan su eficacia. Algunas de estas variables son transversales y afectarían a cualquier contexto de entrevista. Nos referimos por ejemplo, al grado de conocimiento del área o del instrumento que se va a utilizar, a la habilidad para formular preguntas relevantes, a la capacidad para generar un clima de confianza, a manejar los bloqueos o la hostilidad. Por consiguiente, en aras a proporcionar un servicio adecuado, todo entrevistador debería acreditar un nivel aceptable de dominio en estas materias, y, si fuera necesario, completar un proceso de entrenamiento (Peterson, 2005). Por otro lado, cada instrumento posee ciertas peculiaridades. En el caso del EDE nos encontramos, en palabras de los autores, ante una *entrevista basada en el investigador*. Esta constituye, sin duda, la característica más destacada del instrumento y se justifica en base al tipo de conceptos que la entrevista evalúa. Se trata de constructos complejos y carentes de un significado comúnmente aceptado; así, lo que se entendería por atracón, gran cantidad de comida o ejercicio intenso, por ejemplo, diferiría considerablemente de unas personas a otras. Es por esto que el EDE suministra una definición técnica y precisa de cada concepto. De hecho, toda la mecánica de la entrevista, tanto la búsqueda de información como la normas que gobiernan las puntuaciones, descansan sobre las especificaciones en torno a los conceptos que se le facilitan al entrevistador. Este cuenta, por tanto, con gran protagonismo y un amplio margen en la toma de decisión que requiere de aprendizaje supervisado (Fairburn y Cooper, 1993; Fairburn, Cooper y O'Connor, 2008).

Este capítulo describe y justifica el entrenamiento que se diseñó e implementó a fin de desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para garantizar la competencia de las entrevistadoras en la administración de la versión adaptada del EDE.

### **2.5.1. Selección de los participantes en el entrenamiento**

Se seleccionaron tres entrevistadoras, todas ellas mujeres, licenciadas en Psicología y sin experiencia práctica en entrevista clínica aunque sí en evaluación. Al homogeneizar el perfil de las participantes pretendíamos facilitar el proceso de enseñanza aprendizaje. Preveíamos también que, de esta forma, las diferencias en la ejecución posterior serían más fácilmente atribuibles a errores del proceso de adaptación o del entrenamiento. El lector observará que se optó por personas de un bajo nivel de especialización. Intencionalmente, aquellos profesionales con formación o experiencia previa en el ámbito de los TCA fueron excluidos. Con ello pretendíamos (a) someter la adaptación del instrumento a condiciones de máximo estrés y testar su comportamiento bajo condiciones de conocimiento y experiencia limitados y (b) evitar que la experiencia en el ámbito de los TCA encubriera posibles deficiencias de la adaptación o del entrenamiento.

### **2.5.2. Procedimiento**

Se seleccionaron 3 entrevistadoras, todas ellas mujeres, licenciadas en Psicología y sin experiencia práctica en entrevista clínica, aunque sí en evaluación. Al homogeneizar el perfil de las participantes y poder de un nivel similar, pretendíamos facilitar el proceso de enseñanza aprendizaje. Preveíamos también que, de esta forma, las diferencias en la ejecución posterior serían más fácilmente atribuibles a errores del proceso de adaptación o del entrenamiento. El lector observará que se optó por personas de un bajo nivel de especialización. Intencionalmente, aquellos profesionales con formación o experiencia previa en el ámbito de los TCA fueron excluidos. Con ello pretendíamos (a) someter la adaptación del instrumento a condiciones de máximo estrés y testar su comportamiento bajo condiciones de conocimiento y experiencia limitados y (b) evitar que la experiencia en el ámbito de los TCA encubriera posibles deficiencias de la adaptación o del entrenamiento. El lector puede consultar la Tabla 15.

Tabla 15. Diseño y cronograma del entrenamiento del ES-EDE

|                                                                        | OBJETIVOS                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES                                                                                                                 | TIEMPO                     |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| MODULO I. Garantías éticas.                                            | <b>OBJETIVO 1.</b> Respetar la dignidad y la intimidad de las personas entrevistadas, conducirse con integridad y esforzarse en adquirir los máximos niveles de competencia. | <b>ACTIVIDAD 1.</b> Responsabilidades del psicólogo y buena práctica.                                                       | 1h y 30´                   |
|                                                                        | <b>MODULO II.</b> Los TCA, el estado de la cuestión                                                                                                                          | <b>ACTIVIDAD 2 a.</b> Explicación teórica sobre los TCA.<br><b>ACTIVIDAD 2 b.</b> Lectura guiada de bibliografía sobre TCA. | 2h<br>1h y 30´<br>1h y 30´ |
| MODULO III. La entrevista EDE.                                         | <b>OBJETIVO 3 a.</b> Comprender la estructura del EDE y distinguir los distintos tipos de información que proporciona la entrevista.                                         | <b>ACTIVIDAD 3 a.</b> Presentación de la entrevista EDE.                                                                    | 1h                         |
|                                                                        | <b>OBJETIVO 3 b.</b> Conocer y comprender con precisión la definición de los constructos que evalúa el EDE.                                                                  | <b>ACTIVIDAD 3 b.</b> Explicación teórica de los constructos que evalúa el EDE.                                             | 2h<br>2h                   |
| MODULO IV. Habilidades generales para la administración de entrevistas | <b>OBJETIVO 4 a.</b> Establecer de un clima de confianza adecuado.                                                                                                           | <b>ACTIVIDAD 4.</b> Habilidades generales para la administración de entrevistas.                                            | 4h                         |
|                                                                        | <b>OBJETIVO 4 b.</b> Utilizar habilidades de contención y reconducir adecuadamente la entrevista hacia contenidos significativos para la evaluación.                         |                                                                                                                             |                            |
|                                                                        | <b>OBJETIVO 4 c.</b> Gestionar adecuadamente la actitud poco colaborativa, los bloqueos, los silencios o las respuestas evasivas.                                            |                                                                                                                             |                            |

.../...

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>MODULO V.</b> Estrategias para la búsqueda de información del EDE. | <p><b>OBJETIVO 5 a.</b> Formular preguntas adicionales que permitan la búsqueda de información relevante sin dirigir la respuesta a fin de poder realizar una adecuada valoración de los constructos que componen el EDE.</p> <p><b>OBJETIVO 5 b.</b> Discriminar la información relevante e irrelevante en función de la definición precisa del constructo que se pretende evaluar.</p> | <b>ACTIVIDAD 5.</b> Búsqueda de información en el EDE                                                                                               | 2h |
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |    |
| <b>MODULO VI.</b> Valoración y codificación del EDE                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDAD 6 a.</b> Explicación teórico práctica del sistema de codificación del ES-EDE.                                                          | 1h |
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDAD 6 b.</b> Valoración y codificación del EDE.                                                                                            | 2h |
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                     | 2h |
| <b>MODULO VII.</b> Integración y generalización de los aprendizajes.  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDAD 7 a.</b> Administración del EDE. Observación y análisis de modelos.                                                                    | 2h |
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDAD 7 b.</b> Administración del EDE. Revisión y feedback.                                                                                  | 2h |
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ACTIVIDAD 8.</b> Dudas, revisión de horarios, explicación del procedimiento de recogida de datos para el estudio empírico, indicaciones finales. | 1h |

Antes de comenzar el entrenamiento propiamente dicho, las participantes recibieron información sobre el estudio como marco general en el que entroncar su participación. También se especificaron las condiciones de colaboración en lo referente a las tareas, tiempos, remuneración y compromisos. Finalmente, se procedió a firmar el contrato de guarda de confidencialidad.

#### Módulo I. Garantías éticas

El desconocimiento de las propias responsabilidades y/o los derechos que asisten a los participantes es una de las causas más frecuentes de mala praxis. Cuando, como es el caso, el psicólogo investigador delega el trabajo en terceros, este riesgo se incrementa notablemente. Los colectivos profesionales advierten acerca de esta posibilidad y recuerdan que la conducta de los colaboradores, sean estos psicólogos o no, es, en última instancia, responsabilidad del psicólogo al frente del proyecto. Es éste, quien debe garantizar la conducta ética y el responsable de las demás personas que participan en el estudio, promoviendo, si fuera necesario, la formación y supervisión en esta materia para proteger los derechos de los participantes (American Psychological Association, 2010). El diseño de esta investigación exige el concurso de colaboradores, de modo que, en coherencia con la recomendación mencionada, se convino incluir el *Módulo I. Garantías éticas* como preámbulo al entrenamiento.

Se esperaba que al concluir esta fase del entrenamiento, las participantes fueran conscientes de las propias responsabilidades, se esforzaran en adquirir los máximos niveles de competencia, se condujeran con integridad y respetaran la privacidad de las personas entrevistadas (objetivo 1). Con este objetivo se diseñó la primera actividad del entrenamiento.

#### Responsabilidades del psicólogo y buena práctica (actividad 1)

La actividad se desarrolló a lo largo de una sesión de hora y media y en ella se abordaron varios bloques de contenido. (a) Garantías éticas –Los principios generales que guían la conducta del psicólogo, respeto a los derechos y dignidad de los participantes, conducta



integral, competencia, responsabilidad; (b) Derechos de los participantes en la investigación psicológica: el derecho a saber, a decidir, a no ser perjudicado y a no ser instrumentalizado; (c) Fuentes de mala praxis: incompetencia, instrumentalización, abuso de autoridad, omisión de información; y, (d) Herramientas de garantía ética y protección de los participantes: Contrato de guarda de confidencialidad y Consentimiento informado.

Además de la exposición teórica por parte de la formadora, se abordó la discusión de conflictos éticos a partir de la presentación y discusión de casos. Para facilitar la tarea, se pusieron a disposición de los participantes los códigos de la APA (American Psychological Association, 2010) y el COP (Consejo General de la Psicología de España, 2009).

## Módulo II. Los TCAs, el estado de la cuestión

Este segundo módulo denominado *Los trastornos de conducta alimentaria: el estado de la cuestión*, se justifica en base a dos argumentos; uno, conocer las diversas manifestaciones de los trastornos y su psicopatología como condición necesaria, aunque no suficiente, para administrar la entrevista EDE con competencia; y, dos, las participantes en este estudio carecían de formación en el área de los TCA.

En consecuencia, se estableció como objetivo para este módulo, conocer los principales consensos en torno a los TCA, los hallazgos y las evidencias que los sustentan, así como las cuestiones sujetas a debate (objetivo 2). Se esperaba que, al finalizar el módulo, las participantes conocieran las principales teorías y consensos en torno a los TCA, su definición y sus características psicopatológicas. Asimismo, se esperaba que las participantes fueran capaces de distinguir, en el plano meramente teórico, los distintos tipos de trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de alimentación no especificado y trastorno por atracón, acorde a los criterios del DSM-IV vigentes en aquel momento. A fin de alcanzar el objetivo, se planificaron dos actividades:

### Explicación teórica sobre los TCAs (actividad 2a)

La primera actividad consistió en una explicación teórica sobre los TCA. La explicación corrió a cargo de la responsable del estudio y se desarrolló en una sesión de dos horas. Finalizada

la exposición, se abrió un turno de preguntas y discusión. Los contenidos que se abordaron trataban de responder a las siguientes preguntas: qué es un TCA, qué lo define, cuantos tipos existen, en qué se asemejan y en qué se diferencian, cómo se desarrollan, qué obstaculiza la recuperación, cuál es su incidencia. La explicación se acompañó de material gráfico (diapositivas) y cada participante recibió además una copia de los esquemas y gráficos que se visualizaron en las sesiones. Se esperaba que dicho material simplificara las anotaciones y facilitara tanto la comprensión de los conceptos como la integración de los mismos.

#### Lectura guiada de materiales (Actividad 2b)

Se planificaron dos sesiones de trabajo conjunto de hora y media cada una. Los documentos giraban en torno a la definición, diagnóstico y clasificación de los TCA. Los materiales se trabajaron individualmente como tarea para casa con las siguientes sugerencias: 1) subrayar los materiales, 2) seleccionar las cuestiones más relevantes, 3) proponer un esquema de los mismos y, 4) elaborar un listado de dudas. Posteriormente, en la sesión de trabajo conjunta, cada participante expuso el resultado del trabajo personal que había realizado, las conclusiones a las que había llegado y las dudas que le habían surgido. A partir de esta información, la formadora devolvió una visión sintética y coherente del contenido que se abordaba en el material de trabajo, subrayando las ideas significativas, relacionándolas y respondiendo a las dudas.

En la primera sesión se trabajó el material seleccionado de manuales y en la segunda sesión los materiales procedentes de revistas científicas. La secuencia perseguía facilitar el contacto con el área, ya que, habitualmente, los manuales suelen abordar cuestiones más generales, presentan una exposición más elaborada y proponen una visión más integradora; mientras que los artículos acometen cuestiones más específicas y técnicas.

#### Módulo III. La entrevista Eating Disorder Examination

Un entrevistador debe poseer un conocimiento exhaustivo del instrumento que va a utilizar, ya que esto le permitirá adoptar decisiones rigurosas y bien fundadas, haciendo a la vez un uso responsable del instrumento. Entre otras, debe conocer la razones que inspiraron su

creación, el método que se utilizó para su construcción, la estructura que lo articula, las cualidades psicométricas que reúne, las limitaciones que se han descrito, la población a la que va dirigido y las condiciones óptimas de aplicación.

En lo que respecta al EDE, el entrevistador debe poseer una comprensión profunda y precisa de los constructos psicológicos que se evalúan. Tal como se ha venido insistiendo en los capítulos 3 y 4 de este trabajo, la razón que justificaría esta exigencia es que la definición del constructo guía la búsqueda de información y la valoración. Pongamos que debemos valorar el ítem *Importancia de la figura*. La importancia de la figura en el sentido de insatisfacción con la figura es normativa entre las mujeres adolescentes y jóvenes de las sociedades occidentales, por lo que su mera presencia no constituiría un indicador de patología. Lo que el ítem valora es, hasta qué punto la importancia de la figura adquiere una *relevancia superlativa en el sistema de autoevaluación de la persona, relegando todas las demás facetas de la vida*. El entrevistador debe dirimir si las respuestas de la persona proporcionan o no la información suficiente para valorar el ítem y en consecuencia si resulta pertinente continuar con la búsqueda o interrumpirla. El nivel de especificidad y precisión de los constructos evaluados exigen un conocimiento exhaustivo que requiere formación. Por este motivo se implementó el *Modulo III. La entrevista Eating Disorder Examination*, para el que se definieron dos objetivos de aprendizaje que se detallan a continuación:

- Comprender la estructura del EDE y distinguir los distintos tipos de información que proporciona la entrevista (Objetivo 3 a).
- Conocer y comprender con precisión la definición de los constructos que evalúa el EDE (Objetivo 3 b).

Se esperaba que al finalizar el módulo, las participantes comprendieran adecuadamente la estructura, los diferentes niveles de información que proporciona la entrevista y la definición de los constructos en los que se basa el instrumento. Tal como hemos mencionado anteriormente, se diseñaron dos actividades que se describen a continuación:

### Presentación de la entrevista EDE (Actividad 3a)

Esta actividad se llevó a cabo en una sesión de una hora de duración. La formadora presentó la entrevista ES-EDE y ofreció una explicación detallada acerca de su estructura, los distintos tipos de información que proporciona, la mecánica del instrumento, las condiciones de aplicación, las características psicométricas, los ámbitos en los que se ha utilizado, sus potencialidades y sus limitaciones.

### Explicación de los constructos que evalúa el EDE (Actividad 3b)

Esta actividad del entrenamiento se distribuyó en dos sesiones de dos horas. La actividad consistió en la lectura guiada del ES-EDE. En cada sesión la formadora procedió aportando una explicación general del contenido de cada subescala, seguido de un análisis ítem a ítem. Las explicaciones teóricas se ilustraron mediante ejemplos concretos. Además de la versión original y adaptada del EDE, se proporcionaron tablas de definición de constructos en aras a facilitar la asimilación de los conceptos, el lector dispone de un ejemplo en la Tabla 16.

**Tabla 16. Definición de constructos. Ítems introductorios**

| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DEFINICIÓN DE CONSTRUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ítems introductorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Introducción a la entrevista.</b><br><br><b>Clarificaciones preliminares.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1. Se debe <b>explicar el procedimiento</b> .<br>Información general sobre el objetivo del estudio.<br>Subrayar cuestiones deontológicas (confidencialidad).                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2. Explicar la <b>mecánica temporal</b> (poner ejemplos).                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3. Se debe conseguir información general sobre los <b>hábitos de alimentación</b> de la persona.<br>Los hábitos de alimentación pueden presentar gran <i>variabilidad</i> .<br>Pueden variar de unas personas a otras.<br>Pueden variar de unos días a otros, días de labor y fines de semana, celebraciones o vacaciones. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Resulta útil revisar el tipo de vida de los periodos que se van a evaluar y los acontecimientos que han tenido lugar en esos periodos a fin de utilizarlos como eje para revisar los hábitos de alimentación.                                                                                                              |
| <b>Patrón de conducta alimentaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. Se evalúa el <b>patrón de conducta alimentaria</b> .<br>Cuáles de las tomas se han realizado o saltado.<br>Se exploran los días de labor y fines de semana por separado.                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2. Se trata de una valoración <b>subjetiva</b> del patrón alimentario.<br>El entrevistador no interpreta la información, sino que respeta la valoración de la persona.                                                                                                                                                     |
| Esta fase de la entrevista es fundamental, en ella se establece la dinámica de relación entre entrevistador y entrevistado. Cabe la posibilidad de que algunas personas se hayan creado falsas expectativas, vivan la experiencia con ansiedad o de forma amenazante como consecuencia del miedo en relación al uso que se hará de la información. Este es un buen momento para tranquilizar a la persona y clarificar tales cuestiones. Además, son ítems en los que la persona entrevistada ensaya la mecánica de la entrevista, lo que le permitirá abordar las fases posteriores de la entrevista de modo más fluido. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Recuerde que se trata de ítems introductorios, la búsqueda de información posterior dependerá en parte de los datos obtenidos en este momento. Las preguntas que se formulan en estos ítems son muy abiertas y poco amenazantes. En fases posteriores, las preguntas son más directas y precisas lo que aumenta el riesgo de maquillar la respuesta. Una adecuada exploración inicial permitirá profundizar y concretar posteriormente aspectos más delicados.                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

#### Módulo IV. Habilidades generales para administración de entrevistas

Cualquier entrevistador debe ser capaz de crear el clima de confianza necesario para que el entrevistado se exprese con sinceridad, sin experimentar temor o amenaza en relación al objetivo de la entrevista, o al uso que se va a hacer de la información que proporcione o a ser enjuiciado (Walsh y Satir, 2005). Asimismo, el entrevistador debe tener en cuenta las peculiaridades de la persona a la que entrevista. No todas las personas son iguales, algunas pueden experimentar bloqueos o mantener silencios prolongados; en estos casos, el entrevistador debe ser capaz de manejar los silencios y los bloqueos, favoreciendo la expresión y la comunicación; por el contrario, también podemos encontrarnos con personas que *divagan en exceso*, desviándose del tema o deteniéndose excesivamente en los detalles, personas que no logran profundizar en lo sustancial; en estos casos, se precisa que el entrevistador sea capaz de reconducir el contenido de las respuestas y ayude a que la persona se centre. Otras personas adoptan una estrategia dirigida a enmascarar u ocultar ciertos datos. En ocasiones esto se traduce en respuestas rápidas, estereotipadas, aprendidas y controladas, en otras ocasiones, proporcionan respuestas que se contradicen con otras reacciones más espontáneas. El entrevistador debe ser capaz de identificar este tipo de respuestas, e intentar profundizar sobre ellas en el momento o volver sobre el tema posteriormente cuando las defensas no estén funcionando.

Las habilidades descritas hasta el momento son necesarias para la administración de cualquier entrevista, también exigibles en el caso del EDE. Si bien es cierto que algunas personas las han desarrollado de forma natural, su adquisición y utilización no debe dejarse en manos del azar o de la improvisación; se trata de habilidades cuyo aprendizaje y desarrollo debe planificarse y contemplarse como parte de la formación de cualquier profesional que pretenda utilizar la entrevista como método de evaluación. Ésta es la razón que justifica la inclusión del *Módulo IV. Entrenamiento en habilidades generales de entrevista* en el procedimiento.

En el módulo IV se establecieron tres objetivos de aprendizaje para las participantes:

- Establecer de un clima de confianza adecuado (Objetivo 4a).
- Utilizar habilidades de contención y reconducir adecuadamente la entrevista hacia contenidos significativos para la evaluación (Objetivo 4b).

- Gestionar adecuadamente la actitud poco colaborativa, los bloqueos, los silencios o las respuestas evasivas (Objetivo 4c).

En orden a alcanzar dichos objetivos se diseñó una actividad que se describe a continuación:

Habilidades generales para la administración de entrevistas (Actividad 4).

La actividad se desarrolló en una única sesión de cuatro horas. El método que se utilizó para el entrenamiento fue el rol playing. La formadora adoptaba el rol de persona entrevistada y simulaba un caso en base a un guion previo que la entrevistadora en formación desconocía. La entrevistadora en formación por su parte, adoptaba el rol de evaluadora. Aunque el entrenamiento se realizó utilizando como soporte el ES-EDE, se solicitó a las participantes que no se centraran en la búsqueda de información, ni en la codificación o la valoración de la misma, sino en las características de la persona a la que se estaba entrevistando y en el manejo de la dinámica de la relación.

Los casos se idearon para el entrenamiento y ninguno de ellos correspondía a una persona real, aunque en ellos se incluyeron elementos y características que se encuentran, con relativa frecuencia, entre las personas que padecen TCA. El lector dispone de un caso a modo de ejemplo en el Ejemplo 1 que a continuación se expone:

### **Ejemplo 1. Caso simulado que se utilizó en el entrenamiento EDE**

#### **Caso 3. Bailarina. No colabora, desafiante.**

*Perfil. Mujer joven practica ballet. Ninguna conciencia de enfermedad. Se trata de una persona ingresada en una unidad de psiquiatría como consecuencia de un trastorno de conducta alimentaria, en concreto anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Practica la restricción extrema y presenta un peso extremadamente bajo. Accede a ser entrevistada por miedo a que una negativa suponga represalias por parte del equipo del hospital e implique un retraso en su alta. Manipuladora. Su motivación y lo único que le preocupa es bailar. Para poder bailar debe controlar el peso y mantenerlo bajo. La única forma de hacerlo es restringiendo al máximo lo que come. Desayuna un zumo de naranja y un café. A la hora de la comida toma un sandwich -lechuga, tomate y pavo o huevo cocido- y un yogur, para cenar fruta y yogur. No come nada entre horas. Restricción extrema y normas alimentarias presentes. Pensamientos intrusivos en relación a la ingesta, se obliga a pensar en ello como modo de sugestionarse para mantener el control. Desde su punto de vista la disciplina y el control son claves para llegar a la cima. La gente no lo entiende porque no tiene aspiraciones, ni sensibilidad hacia la danza. Se siente víctima de un complot en el que participan su madre, el equipo de profesionales que la tratan y sus amigas -con quienes ha roto por posicionarse con su madre-. En el último mes ha permanecido ingresada dos semanas y ha sido entubada contra su voluntad. Importancia extrema del peso y la figura. Insiste en que no hay bailarinas gordas, ¿qué efecto produciría una bailarina con michelines interpretando “ El lago de los cisnes”? Practica ejercicio intenso. Incluso ahora que no baila se encierra en su habitación y mientras ha estado ingresada realizaba flexiones y caminaba todo el día por la unidad a paso ligero.*

*Dificultad. Se simula el caso de una persona que no colabora, intenta no responder, cuando lo hace utiliza monosílabos, cuestiona y confronta continuamente a la entrevistadora. Actitud extremadamente negativa hacia la situación de entrevista y la entrevistadora. Está molesta, irritada y enfadada, se siente fiscalizada. Identifica la situación de entrevista con otras que previamente ha vivido. Afirma que siempre le formulan las mismas preguntas, que está harta de responder y que a quien debería preguntar es a otros, no a ella.*

Una vez finalizada la simulación se preguntaba a cada participante cómo había experimentado el proceso y si había sido, o no, capaz de identificar la dificultad que se había planificado. A continuación se le invitaba a dirigir su atención hacia tres aspectos: 1) habilidades que había utilizado correctamente, 2) aspectos susceptibles de mejora y propuesta de alternativas concretas, 3) dudas que le habían surgido en relación a la tarea (consulte la Tabla 17 que a continuación se expone). Se esperaba que esta actividad ayudara a potenciar el uso de las estrategias adecuadas que las entrevistadoras en formación contaban en su repertorio, así mismo se pretendía que facilitara la corrección errores.

Tabla 17. Ejemplo de ficha de seguimiento. Habilidades para la administración de entrevistas.

| MODELO DE FICHA                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Seguimiento personal                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ASPECTOS POSITIVOS                                                                                                                                                                                                        | JUSTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| He logrado reconducir el tema sin dejar de ser empática, <i>“ya veo que el haber estado ingresada ha sido muy duro para ti. Permíteme que te haga otra pregunta, en las últimas 4 semanas....”</i>                        | Si utilizo el reflejo de sentimiento seguido de una pregunta que reconduce el tema hacia aspectos relevantes de la entrevista,<br><br>(1) transmito interés y reconocimiento del sentimiento negativo, evitando que la persona se sienta mal y desarrolle actitudes negativas hacia la situación de entrevista consigo el objetivo (que la persona se centre y no se vaya por las ramas)<br><br>(2) consigo que la persona se centre y no se vaya por las ramas. |
| IDENTIFICACION DE ERRORES                                                                                                                                                                                                 | ALTERNATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Al no obtener la información que necesitaba para puntuar, he tratado de definir el constructo y de que la entrevistada lo entendiera, <i>“no me refería exactamente a eso con la pregunta, lo que quiero decir es...”</i> | Formular preguntas concretas, que profundicen en la información que ya poseo sobre la persona y que me den claves para puntuar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| DUDAS                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si me pide opinión sobre algo que le preocupa, ¿debo responder o no? ¿En qué casos sí?                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Adicionalmente, cada participante recibía feedback a cerca de su desempeño. El feedback se centraba en conductas específicas y se apoyaba en ejemplos concretos. Se iniciaba señalando los aspectos positivos de la ejecución para posteriormente centrarse en aquellos aspectos susceptibles de mejora, aportando alternativas concretas a la ejecución inadecuada.

#### Módulo V. Estrategias para la búsqueda de información del EDE

Obtener la información deseada cuando se entrevista a personas con TCA puede resultar una tarea ardua y difícil. Algunas personas encuentran dificultades para recordar determinadas informaciones, hay quienes tratan de ocultar síntomas a fin de evitar el tratamiento, por ejemplo, ingiriendo grandes cantidades de líquido antes de pesarse para maquillar el bajo peso, o encubriéndolos porque se avergüenzan de ellos como les ocurre a las bulímicas con los atracones y la purga (Walsh y Satir, 2005).

El EDE constituye un recurso muy valioso para hacer frente a estas dificultades. Su principal virtualidad reside en plantear un sistema de búsqueda flexible sin que ello suponga pérdida de rigor. Se trata de una herramienta que supera la rigidez de las entrevistas estructuradas y ofrece al entrevistador autonomía para gestionar la estrategia de búsqueda. Éste dispone de



un amplio margen para continuar y orientar las preguntas en la dirección que considere más adecuada; asimismo, cuenta con libertad para decidir si la búsqueda debe continuar o puede interrumpirse porque se dispone de información suficiente para emitir el juicio clínico requerido (Fairburn y Cooper, 1993). Esta autonomía tiene como contrapeso la definición técnica y precisa de los constructos a evaluar, sobre ella pivota el sistema de búsqueda y también el sistema de valoración, amortiguando los problemas de validez que suelen plantear las entrevistas abiertas.

Ahora bien, administrar competentemente este amplio margen de libertad requiere grandes dosis de pericia y debe supervisarse con especial mimo. El *Módulo V. Habilidades de búsqueda de información mediante el EDE*, se planificó para dar respuesta a esta necesidad. Se esperaba que al finalizar el entrenamiento y a fin de poder realizar una adecuada valoración de los constructos que componen el EDE, las participantes fueran capaces de formular preguntas adicionales que permitieran la búsqueda de información relevante sin dirigir la respuesta (objetivo 5 a) y que fueran capaces de discriminar la información relevante de la irrelevante en función de la definición precisa del constructo que se pretendía evaluar (objetivo 5 b). El desarrollo de estos objetivos se acometió mediante la actividad que se describe a continuación:

#### Búsqueda de información mediante el EDE (Actividad 5)

La actividad se desarrolló en dos sesiones de dos horas de duración. Se siguió el mismo procedimiento y la misma secuencia de trabajo que en el *Modulo IV: Habilidades generales de entrevista*, aunque la habilidad a entrenar, aprender a formular las preguntas adicionales necesarias y suficientes sin facilitar u orientar las respuestas y las dificultades que su desarrollo planteaba, fueran distintas.

A diferencia de lo indicado en el módulo IV, esta vez la participante sí debía centrarse específicamente en la búsqueda de información. El grado de dificultad que plantea la búsqueda de información está, en el caso del EDE, estrechamente relacionado con la complejidad del constructo a evaluar. En cada subescala se identificaron los elementos de dificultad más destacados y se idearon casos para practicar la búsqueda de información con

cada uno de ellos. Así, por ejemplo, la distinción entre normas alimentarias y principios generales para la subescala de restricción; el patrón alimentario muy irregular para la subescala de inquietud por la ingesta; la diferencia entre importancia (de la figura y/o el peso) y la insatisfacción en las subescalas de inquietud por la figura e inquietud por el peso; valorar la presencia de los distintos tipos de episodios bulímicos y sobreingesta para los ítems diagnósticos.

Al igual que en el Módulo IV, en el Módulo V se trabajó mediante la simulación y el análisis de las entrevistas grabadas. La adjudicación de roles se realizó siguiendo el mismo criterio que en el módulo anterior, la persona en formación adoptaba el papel de entrevistadora y la formadora el de entrevistada. Las participantes disponían, también esta vez, de una hoja de registro y seguimiento, ver Tabla 17. Una vez finalizada la simulación, se procedió al análisis de tres aspectos, identificar la dificultad planteada, estimar la adecuación en la ejecución, y, en caso de error, proponer estrategias de exploración alternativas. Finalmente, cada participante recibió feedback a cerca de su desempeño.

#### Módulo VI. Valoración y codificación del EDE

El EDE plantea un sistema de valoración relativamente complejo. El evaluador participa activamente al asignar una puntuación que debe, en función de la definición de los constructos, traducir las respuestas del entrevistador a un rango de puntuación entre 0 y 6, siendo 0 la puntuación en la dirección más sana y 6 la puntuación en la dirección más patológica. Algunos ítems diagnósticos utilizan otras escalas que pueden ir de 0 a 2, como en el caso del ítem *Ausencia de conductas extremas de restricción alimentaria*. Es fácil concluir que esta operación requiere de formación y entrenamiento. Este módulo *Valoración y codificación del EDE*, pretende dar respuesta a esta necesidad. Se espera que al finalizar esta fase del entrenamiento, las participantes sean capaces de transformar la información obtenida a partir de las respuestas en las puntuaciones del sistema de codificación establecido en el EDE (Objetivo 6). La consecución de este objetivo se trabajó por medio de dos actividades:

#### Explicación del sistema de codificación del ES-EDE (Actividad 6 a)

La actividad se desarrolló en una sesión de una hora y consistía en explicar el sistema de codificación y el sistema de valoración poniendo ejemplos. Los contenidos que se abordaron fueron: sistema de puntuación de los ítems, puntuación de las subescalas y emisión de diagnóstico.

#### Valoración y codificación del EDE (Actividad 6 b)

Esta actividad se llevó a cabo en dos sesiones de dos horas cada una y consistió en practicar la codificación y valoración del EDE a fin de determinar el estado psicopatológico de la persona entrevistada. Con esta finalidad se siguió el procedimiento que se describe a continuación. Las participantes escucharon los grabaciones de unos fragmentos de entrevista correspondientes a los casos 2, 4, 5 y 6 que ya se habían utilizado para practicar la búsqueda de información en la actividad 5. La ventaja de utilizar grabaciones en este momento del aprendizaje es que la persona en formación se puede centrar en una sola tarea: la codificación. En situaciones reales, la búsqueda de información, la formulación de las preguntas y la codificación se realizan simultáneamente; lo cual genera un grado de dificultad mucho mayor. A fin de simular una situación real, simultáneamente se ensayaron la codificación de las mismas.

Una vez se hubo completado el proceso de codificación, se expusieron y se justificaron las decisiones adoptadas individualmente. Los ítems que suscitaron dudas, dificultades o discrepancias, fueron objeto de análisis pormenorizado, obligando a escuchar la grabación y discutiéndose de nuevo las valoraciones. A fin de facilitar y sistematizar el análisis, las participantes dispusieron de una ficha de seguimiento en la que registrar las dudas y las decisiones que habían adoptado; el lector dispone de un ejemplo en la Tabla 18.

Tabla 18. Ficha de seguimiento. Codificación. Modelo.

| FICHA DE SEGUIMIENTO. CODIFICACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modelo                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ITEM                               | DUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DECISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Evitación de la ingesta.           | <p>Valorar el número de días en que la persona entrevistada ha permanecido despierta y sin comer nada durante periodos de 8 horas como mínimo, (las sopas y los batidos se consideran comida pero las bebidas no).</p> <p>Durante 3 días del último mes se ha sometido a una dieta líquida que ha consistido en zumos de frutas, caldo de verduras, e infusiones.</p> <p>Dudas</p> <p>Está claro que las infusiones son bebidas, pero ¿los zumos de fruta? ¿Qué diferencia hay entre comer dos naranjas o beber el zumo de dos naranjas?</p> <p>Por otro lado, ¿el caldo se considera sopa?</p> | <p>Se adopta el criterio de que aquello que se ingiere utilizando cuchara o tenedor constituye comida, por contra aquello que se bebe se consideraría como bebida.</p> <p>En este sentido, los zumos de frutas se consideran bebida y el caldo también.</p> <p>El criterio se basa no en el contenido calórico de lo que se ingiere, sino que hace referencia a la conducta que implica.</p> <p>La acción de comer y la acción de beber poseen significados distintos para las personas afectadas por alteraciones alimentarias.</p> |

## Módulo VII. Integración y generalización de las habilidades adquiridas

Cualquier proceso de aprendizaje debe superar inexorablemente dos pruebas que son la medida de su éxito: (1) la integración de las habilidades adquiridas por separado junto a su articulación en respuestas complejas; y (2) la generalización de las respuestas adquiridas en contextos de aprendizaje a contextos naturales, más complejos, menos previsibles y controlados. En los módulos anteriores, concretamente en los módulos IV y V, las participantes ya se habían enfrentado a la administración de la entrevista ES-EDE y a su valoración, aunque intencionalmente se había trabajado con casos simulados. Es cierto que las simulaciones poseen algunas virtualidades, permiten, por ejemplo, planificar, secuenciar y dosificar las dificultades que se desean entrenar. Además, el entrevistador en formación está libre de presión y de responsabilidad, sabiendo que sus errores no generarán un impacto negativo en su interlocutor; esto constituye, sin duda, una ventaja en las fases iniciales del aprendizaje. Ahora bien, la ejecución competente de una habilidad de forma aislada no garantiza su uso competente cuando debe utilizarse simultáneamente junto con otras habilidades. La dificultad radica en tener activados varios procesos mentales a un tiempo, manejando simultáneamente *inputs* y *outputs* que guíen la toma de decisiones, por

ejemplo, discernir la información relevante, estimar si es suficiente para emitir un juicio, formular preguntas, sino que los resultados en algunos de ellos debe dirigir, modular o reconducir otros. Por otro lado, la ejecución competente en contextos artificiales no necesariamente se extrapola a contextos naturales.

Atendiendo a estas razones se consideró que el trabajo simulado de los módulos IV y V, no garantizaba el nivel de dominio que la administración y valoración del EDE exigía. En consecuencia, se propuso un séptimo módulo, denominado; *Integración y generalización de las habilidades para la administración del EDE*. En esta fase del entrenamiento se pretendía la integración de las habilidades de búsqueda de información, interpretación y codificación para la administración del EDE y su generalización a contextos naturales (Objetivo 7).

En orden a alcanzar este objetivo, se diseñaron dos actividades:

#### Observación y análisis de entrevistas reales (Actividad 7 a)

La actividad se llevó a cabo en una sesión de dos horas de duración. El trabajo consistió en la escucha y análisis de dos entrevistas completas que la formadora había administrado y grabado previamente. Una de las entrevistas correspondía a una persona que estaba recibiendo asistencia en un dispositivo de salud mental extra-hospitalario y padecía un TCA. La otra entrevista correspondía a una persona que presentando restricción alimentaria, no constituía un caso. La elección de estos perfiles no fue casual. Las personas que restringen su conducta alimentaria comparten algunas características con las personas que sufren TCA, estas similitudes suelen ser causa de confusión y pueden derivar en la identificación de falsos positivos. Se esperaba que el análisis de estos dos perfiles contribuyera a mejorar el discernimiento y disminuyera la probabilidad de cometer errores.

Tras escuchar las grabaciones, se analizaron las estrategias de búsqueda de información que la entrevistadora había utilizado para cada ítem. En los ítems que planteaban una mayor dificultad se analizó y justificó la elección de las preguntas adicionales. Además, la formadora proporcionó una hoja de codificación para cada participante a fin de que la completaran a medida que escuchaban la entrevista. Finalmente, la codificación y valoración de las

participantes se comparó con la codificación y valoración de la formadora, identificando los acuerdos y discutiendo los desacuerdos.

#### Administración real del EDE (Actividad 7 b)

La segunda actividad correspondiente al Módulo VII, se desarrolló en una única sesión que se prolongó a lo largo de dos horas. Cada participante había administrado, codificado y grabado una entrevista completa que la formadora revisó. Las participantes tuvieron ocasión de plantear las dificultades que habían experimentado tanto en el proceso de búsqueda de información como en la valoración de la prueba y recibir las orientaciones e indicaciones oportunas por parte de la formadora.

### **2.5.3. Algunas consideraciones finales**

Antes de concluir este capítulo detallaremos algunas cuestiones que nos merecen especial consideración. En primer lugar, este entrenamiento se diseñó atendiendo al perfil de las participantes de este estudio que, recordemos, presentaban un bajo nivel de especialización. Sin embargo, es previsible que, en el futuro, los usuarios del EDE, sean profesionales con experiencia clínica en el ámbito de los TCA y, en consecuencia, presenten perfiles bien distintos. En la convicción de que el entrenamiento debiera poder adaptarse a diversas necesidades formativas, se intentó articular una propuesta garantista respecto al uso competente del instrumento pero, a la vez, flexible y polivalente. En este sentido, consideramos que los contenidos referentes al EDE que se abordan en los módulos III, V, VI y VII, son irrenunciables y, por consiguiente, exigibles para cualquier persona que desee administrar el instrumento. Por el contrario, la implementación de los módulos restantes quedaría subordinada a las necesidades concretas de cada futuro entrevistador. Así, si el futuro entrevistador careciera de formación en el área de los TCA, se implementaría el *Módulo II, Los TCA, el estado de la cuestión* y si adoleciera de experiencia en entrevista clínica se activaría el *Módulo IV, Habilidades generales de entrevista*.

En segundo lugar, en esta propuesta, el papel del simulador es esencial. De él o ella depende que el caso sea creíble y que la futura entrevistadora entre en situación. Al ejecutar la tarea el simulador no debe olvidar que la información no solo se transmite por medio de la

comunicación verbal, sino también a través de la comunicación no verbal. El modo en que utiliza la mirada, la expresión facial, la postura, el tono de voz, las pausas son esenciales. Por lo tanto, incorporar dichos registros a la simulación resulta fundamental para que el entrevistador en formación aprenda tanto a interpretar la información que se transmite a través de dichas señales, como a incorporarlas en su repertorio para utilizarlas en favor de la situación de la entrevista. En este sentido, tener una dilatada experiencia con personas afectadas de TCA resulta de gran ayuda.

En tercer lugar, subrayar que cada actividad es sólo una fase del proceso de entrenamiento y que el objetivo de cada sesión no es corregir todos y cada uno de los aspectos susceptibles de mejora. Entrar en esta dinámica podría generar desánimo y una falsa expectativa negativa. Tan importante como corregir es promover e incentivar los aspectos positivos de la ejecución. Conviene recordar que cada entrevistador posee un estilo personal que se concreta en potencialidades al manejar unos casos y limitaciones al abordar otros. No se trata de crear entrevistadores clones, muy al contrario, se espera que el entrenamiento ayude potenciar el uso de las estrategias adecuadas que el entrevistador en formación cuenta ya en su repertorio, facilite la corrección errores y ayude a identificar posibles lagunas sobre las que incidir en las sucesivas fases del entrenamiento.

Finalmente, una vez concluido el entrenamiento, restaba verificar su eficacia. Con el fin de comprobar en qué medida se había logrado la consecución del objetivo -garantizar la competencia de las participantes al administrar y codificar la versión del EDE en castellano-, se diseñó un estudio piloto que se presenta a continuación.

## **2.6. El problema de la muestra**

### **2.6.1. Contacto y preparación de las muestra**

Se utilizó un diseño intencional o de conveniencia para el que se establecieron tres grupos: un grupo clínico, conformado por personas afectadas por TCA; y dos grupos de control, integrados por personas sin TCA. Ahora bien, dado que las personas sin TCA configuran un universo muy heterogéneo que incluye, por ejemplo, personas que hacen dieta

puntualmente o de forma crónica y personas que nunca las han practicado; y teniendo en cuenta que la evidencia empírica acredita algunas similitudes entre quienes padecen TCA y quienes intentan controlar su ingesta para influir en el peso o la figura (Fairburn, Cooper, Doll y Davies, 2005), se consideró que utilizar un subgrupo de conductas restrictoras como contraste frente al grupo de casos añadiría sensibilidad al estudio. Por tanto, el diseño metodológico plantea dos grupos de control: el primero incluye a personas que intentan controlar su ingesta para influir en su peso o figura y el segundo, no.

Se estableció contacto con cuatro dispositivos asistenciales pertenecientes a la red pública de Osakidetza en Bizkaia; todos ellos ofrecían programas de atención a TCA.: Hospital de Galdakao, CSM de Ortuella, CSM Uribe-Kosta y Hospital de Basurto; solicitando en todos ellos la colaboración de los profesionales. Dicha colaboración supuso: seleccionar pacientes candidatas a participar; informarles acerca de la investigación; y, en caso de respuesta afirmativa, proporcionar a la responsable del estudio un listado con los nombres, un teléfono de contacto, la edad y el diagnóstico de las voluntarias. La selección de las pacientes se delegó en los psiquiatras de referencia, subordinando así la participación a su estado clínico y a su progreso. Estimamos que el criterio de garantía clínico debía prevalecer sobre cualquier otra consideración y por ello se acordó que, en los casos en que el clínico apreciara un riesgo para la evolución o mejora de la paciente, se declinaría solicitar su colaboración.

Se fijaron como criterios de inclusión para el grupo clínico: (a) estar recibiendo atención clínica en alguno de los cuatro centros de atención mencionados; (b) tener un diagnóstico de TCA emitido por el psiquiatra del centro; y (c) haber accedido a participar en el estudio libremente. Se fijaron como criterio de exclusión para el grupo clínico: (a) haberse identificado alguna contraindicación entre la participación en el estudio y la mejoría clínica; (b) presentar diagnóstico de trastorno mental severo del Eje I; y (c) constatar la presencia de una enfermedad física grave.

La muestra control, de contraste o de criterio se obtuvo a partir de un muestreo intencional y se reclutó en el campus de Bilbao de la Universidad de Deusto, entre las estudiantes de



Psicología, Pedagogía, Psicopedagogía, Educación Social y Turismo a quienes se explicó el estudio y se solicitó colaboración. Al igual que en el casos de las pacientes se elaboró una lista con los nombres, teléfonos y edad de las estudiantes que accedieron a colaborar y si estaban haciendo dieta o no.

Los criterios de inclusión en el grupo control de restrictoras fueron: (a) no estar recibiendo atención a causa de un TCA; (b) estar practicando dieta; y, (c) haber accedido libremente a participar en el estudio. Los criterios de inclusión en el grupo control de las no restrictoras fueron: (a) no estar recibiendo atención a causa de un TCA; (b) no estar practicando dieta, ni intentando restringir la ingesta; y, (c) haber accedido libremente a participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron idénticos para los dos grupos control: (a) presentar diagnóstico de trastorno mental severo del Eje I y (b) presencia de enfermedad física grave.

Tal como se ha especificado, la asignación al grupo clínico fue validada por el criterio externo e independiente de un experto; sin embargo, la asignación a los dos grupos control no. Desde el punto de vista metodológico, esta es, sin duda, una de las limitaciones y debilidades del estudio; ya que en rigor, también se debiera haber utilizado un juez externo para validar la asignación a los dos grupos control. La decisión de no hacerlo se apoyaba en dos razones: por un lado, no disponíamos de los recursos necesarios; y por el otro, estimábamos mínima la probabilidad de encontrar a personas con TCA entre las estudiantes que se prestaban a participar. Este segundo argumento se basaba en el hecho bien documentado de que las personas que padecen TCA con frecuencia lo niegan y tratan de ocultarlo (Walsh y Satir, 2005). En consecuencia, concluimos que si entre las estudiantes a las que se solicitó colaboración hubiera personas con TCA, éstas no se presentarían voluntarias para participar en una investigación sobre dichos trastornos. No obstante, esta suposición constituye uno de los puntos débiles del diseño y requiere un análisis más detallado por lo que volveremos sobre ello más adelante en este y otros apartados del trabajo.

Una vez reclutadas tanto pacientes como controles, la responsable del estudio, estableció contacto telefónico con cada una de ellas a fin de concertar una cita. El día y la hora se

establecieron en función de las posibilidades y la disponibilidad de cada persona concreta, intentando ofrecer las máximas facilidades. El día previamente concertado, las participantes acudieron a la Universidad de Deusto donde les recibió la responsable de la investigación (la misma persona que había establecido contacto telefónico con ellas). Antes de proceder a la evaluación, se les explicaron los objetivos del estudio, los detalles del procedimiento, las condiciones de participación, las garantías éticas y se cumplimentó el consentimiento informado. A continuación, se les presentó una entrevistadora asignada al azar. Las evaluadoras no dispusieron de ninguna información sobre la persona a la que iban a entrevistar, de este modo, se evitaba la contaminación del juicio y se garantizaba el ciego. Las entrevistas se grabaron en audio, previo consentimiento de las participantes. Se administró la entrevista ES-EDE. Se estimó que el proceso completo podría requerir entre hora y media y dos horas.

### 2.6.2. Descripción y distribución de la muestra

La distribución sociodemográfica de los TCA no afecta homogéneamente a toda la población sino selectivamente a un sector muy específico de la misma. Este sector está constituido predominantemente por mujeres, adolescentes, jóvenes o adultas jóvenes, pertenecientes a sociedades occidentales. Por esta razón la muestra estuvo integrada por 145 personas, todas ellas mujeres residentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi, con edades comprendidas entre 15 y 40 años, siendo la edad media de 22,65 años y la desviación típica de 4,062. La distribución de la muestra aparece recogida en la Tabla 19, tal y como aparece a continuación:

**Tabla 19. Distribución de la muestra, promedio de edad e IMC en función del grupo.**

| GRUPO        |                 | Porcentaje | Edad | IMC  |
|--------------|-----------------|------------|------|------|
| EXPERIMENTAL | Caso clínico    | 32%        | 24,5 | 21,2 |
| CONTROL 1    | Restrictoras    | 28%        | 21,5 | 24,4 |
| CONTROL 2    | No restrictoras | 39%        | 21,6 | 22,3 |
| TOTAL        |                 | 100 %      | 22,6 | 22,6 |
|              |                 | 145        |      |      |

## Distribución de la muestra según centros de referencia y diagnóstico

### Grupo clínico

De las 145 participantes, 47 recibían atención clínica, 41 estaban a dieta y controlaban activamente su ingesta a fin de influir en su peso o su figura, mientras que las otras 57 no ejercían ningún intento de control (ver Tabla 19). En el momento en que se realizó el estudio, las 47 personas incluidas en el grupo clínico estaban recibiendo atención extra - hospitalaria en cuatro dispositivos de Osakidetza, 9 de ellas en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Galdakao, 27 en el Centro de Salud Mental de Ortuella, 4 en el Centro de Salud Mental Uribe Kosta y 6 en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto. La Tabla 20 desglosa la distribución de los diagnósticos en función del centro de referencia.

**Tabla 20. Distribución de los diagnósticos en función del centro de referencia.**

| DIAGNÓSTICO         | Hosp. Galdakao     | CSM Ortuella        | CSM Uribe Kosta   | Hosp. Basurto      | TOTAL             |
|---------------------|--------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Anorexia nerviosa   | 1                  | 7                   | 2                 | 2                  | 12                |
| Bulimia nerviosa    | 4                  | 5                   |                   | 2                  | 11                |
| TCA no especificado | 4                  | 9                   | 2                 | 3                  | 18                |
| En remisión         |                    | 6                   |                   |                    | 6                 |
| <b>TOTAL</b>        | <b>9</b><br>19,15% | <b>27</b><br>57,45% | <b>4</b><br>8,51% | <b>7</b><br>14,89% | <b>47</b><br>100% |

### Grupo de Control

Los grupos control se reclutaron entre estudiantes del campus de Bilbao de la Universidad de Deusto, la participación más alta se registró en Psicología 34% y en Pedagogía el 23% mientras que las titulaciones de Psicopedagogía, Educación Social y Turismo aportaron a la muestra el 41% restante, véase la Tabla 21.

**Tabla 21. Distribución de la muestra en los dos grupos control en función del centro universitario.**

| CONDUCTAS       | Psicología.         | Pedagogía.          | Psicopedagogía      | Educación Social.   | Turismo             | TOTAL              |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Restrictoras    | 15                  | 8                   | 1                   | 6                   | 11                  | 41                 |
| No restrictoras | 18                  | 16                  | 13                  | 10                  | -                   | 57                 |
| <b>TOTAL</b>    | <b>33</b><br>34,02% | <b>24</b><br>23,71% | <b>14</b><br>14,43% | <b>16</b><br>16,49% | <b>11</b><br>11,34% | <b>145</b><br>100% |

### Grupo de edad

Aunque se han descrito casos de inicio temprano o tardío, rara vez se presentan antes de la pubertad o después de los 40 años (American Psychiatric Association, 2013). El trastorno que suele presentarse a edades más tempranas es la anorexia nerviosa con una edad de inicio típica hacia la mitad de la adolescencia, la bulimia se manifiesta a una edad ligeramente superior y poco o nada se conoce sobre la presentación y el curso de los TCA no especificados (Fairburn, 2003). Tal como se aprecia en la Tabla 22, si comparamos estos datos con los datos de la muestra, comprobamos que la edad del subgrupo de pacientes es ligeramente más alta, esto podría atribuirse al desfase que se produce entre la presentación de los cuadros y la solicitud de ayuda.

**Tabla 22. Distribución del grupo clínico en función de la edad.**

| GRUPOS DE EDAD |              | GRUPO CLÍNICO |    |        |             | TOTAL |
|----------------|--------------|---------------|----|--------|-------------|-------|
|                |              | AN            | BN | TCA NE | En Remisión |       |
| EDAD           | Adolescentes | 1             | 1  | 3      | 1           | 6     |
|                | Jóvenes      | 5             | 6  | 8      | 5           | 24    |
|                | Adultas      | 5             | 4  | 7      |             | 16    |
|                | (en blanco)  | 1             |    |        |             | 1     |
| TOTAL          |              | 12            | 11 | 18     | 6           | 47    |

### Muestra según criterios diagnósticos

Atendiendo a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la muestra del grupo clínico se distribuyó como sigue: 12 personas presentaban diagnóstico de anorexia nerviosa, 11 de bulimia nerviosa, 18 de TCA no

especificado y 6 personas se mostraban asintomáticas. Estas últimas no reunían, en el momento en que fueron reclutadas, los criterios exigidos para recibir ninguno de los diagnósticos propuestos por el DSM-IV, aunque sí los habían cumplido al iniciar el tratamiento, por lo que cabría atribuir la remisión de los cuadros a la eficacia de la intervención realizada. En un sentido estricto, estas seis personas no podían calificarse como casos y, en consecuencia, retener este subgrupo incumplía el criterio (b) para la asignación al grupo clínico que requería expresamente presentar diagnóstico de TCA. Se hubiera podido prescindir de ellos para los análisis, allanando así la interpretación de los resultados, sin embargo, decidimos mantenerlos ya que de este modo, se elevaba el nivel de exigencia al que se sometía la prueba permitiendo probar su sensibilidad al cambio psicopatológico como consecuencia del tratamiento.

El peso se erige como una de las variables críticas en la psicopatología de los TCA y adopta manifestaciones muy diversas. Por esta razón, nos pareció relevante examinar las características de la muestra relativas al peso a través del análisis del IMC. El Índice de Masa Corporal de las participantes osciló entre 15,35 y 63,00 con una media de 22,61 y (SD = 5,34). La Tabla 23 presenta las diferencias entre el grupo clínico y los dos grupos control. Un primer análisis de los datos revela que, de las 145 participantes, solamente una se ubica en el rango de peso que se ha definido como saludable, con un IMC entre 20,0 y 24,9, situándose las 144 restantes en los dos extremos alto o bajo asociados a consecuencias adversas para la salud.

Tabla 23. IMC en función de los diagnósticos y la adscripción a grupo.

| PESO                | IMC       | EXPERIMENTAL / DIAGNÓSTICO |    |                     |          | CONTROL      | CONTROL         | TOTAL |
|---------------------|-----------|----------------------------|----|---------------------|----------|--------------|-----------------|-------|
|                     |           | AN                         | BN | TCA no especificado | Remisión | Restrictoras | No restrictoras |       |
| Extremadamente bajo | < = 17,5  | 4                          |    | 2                   | 2        | 1            | 2               | 11    |
| Peso muy bajo       | 17,6-18,9 | 4                          | 2  | 2                   | 1        |              | 5               | 14    |
| Bajo peso           | 19,0-19,9 | 4                          | 3  | 3                   | 2        |              | 7               | 19    |
| Peso saludable      | 20,0-24,9 |                            |    |                     |          |              | 1               | 1     |
| Sobrepeso           | 25,0-29,9 |                            | 4  | 4                   | 1        | 24           | 35              | 68    |
| Obesidad            | = > 30,0  |                            | 2  | 4                   |          | 16           | 7               | 29    |
| TODOS               |           | 12                         | 11 | 15                  | 6        | 41           | 57              | 142   |
|                     |           | 44                         |    |                     |          |              |                 |       |

Un análisis más pormenorizado desvela que las integrantes del grupo clínico acreditan, como cabría esperar, un patrón de IMC que se sitúa en los extremos, 65% presentan un IMC bajo y el 34% un IMC alto. Este dato resulta coherente con la distribución en función del peso que suelen presentar las personas con TCA. Las variantes anoréxicas suelen caracterizarse por pesos extremadamente bajos; en nuestro caso las 12 presentan un peso de bajo a extremadamente bajo, mientras que las variantes bulímicas suelen mostrar una distribución mixta; es frecuente el peso alto como consecuencia de los atracones aunque algunas bulímicas mantienen su peso dentro del rango normal o incluso bajo a causa de las conductas compensatorias y sus efectos. Este patrón mixto se confirma también entre las participantes del estudio, 2 con un peso muy bajo, 3 bajo, 4 sobrepeso y 2 obesidad.

El 97% de las restrictoras presentan peso elevado, 58% sobrepeso y 39% obesidad. El sobrepeso podría haber funcionado como precursor para iniciar la dieta. La restrictora con un IMC por debajo del 17,5 merece que éste se considere un indicador diagnóstico para la anorexia nerviosa y pone en cuestión la correcta asignación al grupo.

Respecto al grupo de contraste compuesto por las no restrictoras, de un total de 57, solamente una persona presenta un peso saludable, el 73% se sitúan en el rango de IMC

alto, 35 con sobrepeso y 7 obesidad. Pero, el dato más significativo es que 5 acreditan un IMC calificado de muy bajo, lo que se consideraría un indicador clínico y 2 un IMC extremadamente bajo cumplimentando el indicador diagnóstico. A la luz de estos datos se debatió la conveniencia de reasignar las participantes a los grupos utilizando el bajo IMC como criterio de reubicación. Sin embargo, se estimó que mantener a estos sujetos en la muestra permitiría probar si el instrumento presenta una sensibilidad óptima al identificar algún grado de patología entre personas asignadas al grupo sano.

## **2.7. Variables e instrumentos**

### **2.7.1. Variables clínicas**

#### Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC, también conocido como el índice Quetelet en honor a su creador, es actualmente aceptado como indicador para valorar el ajuste del peso en función de la edad y la complejidad de los individuos. Se calcula dividiendo el peso entre la altura al cuadrado. En los últimos años, el uso del IMC se ha extendido a consecuencia de un encendido debate sobre salud pública que gira en torno al sobrepeso y las enfermedades crónicas; al calor de este debate sobre la obesidad, los Centros de Control de Enfermedades Crónicas y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han establecido unos puntos de corte basándose en la investigación sobre la obesidad y los riesgos de ésta asociados a las enfermedades crónicas (James, Leach, Kalamara y Shayeghi, 2001).

Sin embargo, el enfoque adoptado para la obesidad no es extrapolable a los TCA, ya que los riesgos asociados al sobrepeso difieren sustancialmente de los riesgos originados por el bajo peso. En consecuencia, este trabajo adopta una propuesta de criterios más exigente y restrictiva, adaptándolos para su aplicación a los TCA. Así, un IMC de 17,5 o menos se considerará como peso extremadamente bajo, al asociarse a consecuencias físicas y psicosociales muy adversas; un IMC de 18,9 a 17,6 se valorará como muy bajo, ya que la mayor parte de las personas en este rango experimentan efectos físicos y psicosociales adversos. De hecho, aunque las personas de origen asiático, consiguen mantener un peso

por debajo de 19,0 sin restringir activamente su ingesta, las mujeres caucásicas que lo logran son realmente pocas; un IMC de 19,0 a 19,9 constituiría un peso bajo pero no insano, mientras que el peso óptimo y saludable se fijaría en un IMC entre 20,0 y 24,9, precisaremos que la OMS establece el peso óptimo entre 18,5 y 24,9 pero no tienen en cuenta las implicaciones del peso bajo para las personas con TCA. De 25,0 a 29,9 se asocia al aumento de riesgos físicos y 30,0 o más, al riesgo severo. (Fairburn, 2008).

#### Diagnóstico de TCA

El psiquiatra de referencia de cada centro valoró el diagnóstico de cada paciente de acuerdo a los criterios diagnósticos vigentes en el momento: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de conducta alimentaria no especificado (American Psychiatric Association, 1994).

#### **2.7.2. Variables y medidas derivadas del EDE**

El EDE mide la psicopatología específica de los trastornos de conducta alimentaria que distribuye en cuatro dominios: restricción, preocupación por la ingesta, preocupación por el peso y preocupación por la figura. Cada dominio se define mediante una serie de elementos que se explicitan a continuación.



## Subescalas y dimensiones teórico conceptuales

**Tabla 24. Relación de dimensiones (subescalas) e ítems según EDE 12.0D**

### **SUBESCALA DE RESTRICCIÓN.**

**Restricción de la ingesta.** Intento consciente de restringir la ingesta

**Evitar la ingesta.** Logro de la abstinencia auto impuesta durante 8 o más horas.

**Estómago vacío.** Deseo inequívoco de mantener el estómago completamente vacío.

**Evitar alimentos.** Intento de evitar completamente de su dieta ciertos alimentos.

**Normas alimentarias.** Presencia inequívoca, específica y autoimpuesta de normas.

### **SUBESCALA DE PREOCUPACIÓN POR LA INGESTA.**

**Preocupación por los alimentos, la ingesta y las calorías.** Pensamientos intrusivos incontrolados que interfieren con el funcionamiento saludable.

**Miedo de perder el control al comer.** La pérdida de control implica la sensación de que no se va a poder evitar empezar a comer o no se va a ser capaz de dejar de comer. El miedo debe ser inequívoco. El hecho de que la persona haya logrado mantener el control es irrelevante.

**Comer en público.** Grado de preocupación que genera el hecho de comer cantidades normales o menores de lo normal en compañía de otras personas e intentar evitarlo.

**Comer en secreto.** Comer furtivamente, a escondidas e intentar evitarlo.

**Culpabilidad por comer.** Sensación de haber hecho algo malo por haber comido.

### **SUBESCALA DE PREOCUPACIÓN POR EL PESO.**

**Preocupación por la figura o por el peso.** Pensamientos intrusivos incontrolados que interfieren con el funcionamiento saludable.

**Importancia del peso.** Papel que juega el peso en el esquema de autoevaluación y en su autoestima

**Insatisfacción con el peso.** Insatisfacción con un peso que se considera alto.

**Deseo de perder peso.** Deseo intenso de perder peso.

**Reacción negativa a la prescripción de pesarse.** Determinar el grado de severidad de la reacción negativa.

### **SUBESCALA DE PREOCUPACIÓN POR LA FIGURA.**

**Insatisfacción con la figura.** Insatisfacción respecto a la forma corporal, no tono muscular y puede generar malestar.

**Preocupación por la figura o por el peso.** Pensamientos intrusivos incontrolados que interfieren con el funcionamiento saludable.

**Importancia de la figura.** Papel de la figura en el esquema de autoevaluación de la persona.

**Importancia del peso.** Papel del peso en el sistema de autoevaluación de la persona.

**Miedo a engordar.** Reacción inequívoca si el peso aumentara.

**Incomodidad al observar el cuerpo.** Desagrado al observar la forma corporal.

**Evitar la exposición corporal.** Desagrado por el hecho de que otras personas observen su cuerpo.

**Sentimientos de gordura.** Sentirse gorda, no hinchada.

**Ventre plano.** Deseo de tener el vientre totalmente liso o cóncavo.

## Ítems diagnósticos

La valoración de los elementos que componen las subescalas se realiza por medio de una escala Likert de 0 a 6. Las variables adoptan un valor mínimo de cero indicando ausencia de la característica psicopatológica y un valor máximo de seis en la dirección psicopatológica. En algunos casos se valora la frecuencia por medio del número de días en que la característica ha estado presente, en otros se evalúa la intensidad del síntoma. La subescala se define como la suma de las puntuaciones de los elementos que la configuran dividida por el número de elementos que la componen. El EDE proporciona también un índice global de psicopatología específica de TCA que se obtiene sumando las puntuaciones de las subescalas dividido por el número total de subescalas, es decir, por cuatro.

**Tabla 25. Relación de Ítems diagnósticos de la escala ES-EDE**

| ITEMS                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|
| Episodios Bulímicos, Episodios y otros Episodios de Sobreingesta. |
| Restricción Alimentaria al margen de los Episodios Bulímicos.     |
| Provocación del Vómito.                                           |
| Abuso de Laxantes.                                                |
| Abuso de Diuréticos                                               |
| Ejercicio Intenso para Controlar la Silueta o el Peso.            |
| Ausencia de Conductas Extremas de Control de Peso.                |
| Importancia de la Silueta.                                        |
| Importancia del Peso.                                             |
| Miedo al Aumento de Peso.                                         |
| Sentimientos de Gordura.                                          |
| Mantenimiento del Peso Bajo                                       |
| Menstruación                                                      |

*Eating Disorder Examination, ES-EDE.* Se administró la versión adaptada del EDE, ES-EDE. Dado que la descripción pormenorizada del instrumento original ya se ha realizado en fases previas de este trabajo, en los capítulos *Evaluación de la Psicopatología Específica de los TCA* y *Adaptación del EDE*, no insistiremos en esta cuestión.

## **2.8. Técnicas de análisis**

En este apartado se describen una serie de técnicas de análisis que tienen una doble finalidad, por una parte describir, explicar las características y estructuras más notables del tema en cuestión, de ahí su carácter descriptivo exploratorio: el análisis factorial y de ítems pertenecen a esta categoría; y por la otra, aquéllas relacionadas con una dimensión más explicativa del problema, como por ejemplo, el análisis discriminante pertenece a este nivel de análisis.

### **2.8.1. Análisis Factorial Exploratorio**

El trabajo que se presenta utiliza técnicas de análisis cuantitativo de carácter multivariante. En la medida que esta investigación sobre los TCA parte de la premisa conceptual de que este constructo esconde la existencia de una serie de subdimensiones, necesariamente obliga a la utilización de técnicas de análisis factoriales que son las que permiten conocer la estructura latente de fenómenos complejos. El análisis factorial en sus distintas variedades constituye la técnica más apropiada para tal fin.

Objetivo y procedimiento estadístico)

El objetivo del Estudio I consistió en analizar la estructura dimensional de la adaptación del ES- EDE mediante un análisis factorial exploratorio y, comparar dicha estructura con la de la versión original inglesa.

A fin de examinar la estructura dimensional de la entrevista, se implementó un análisis de factorial, en el que se incluyeron todos los ítems asignados a la escala ES-EDE ( $k=22$ ). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el programa XLSTAT Versión (2011) y las decisiones estadísticas se realizaron adoptando un nivel alfa de significación de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Análisis factorial exploratorio versus confirmatorio

Se optó por la aplicación del análisis factorial exploratorio. La literatura distingue dos tipos de análisis factorial, el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio

(AFC). Si el investigador pretende generar una teoría, se recomienda el uso del AFE. Ahora bien, si disponiendo de suficientes evidencias sobre los factores que subyacen a los datos y sobre las variables que definen los factores, lo que pretende testar la teoría, el procedimiento indicado es el AFC (Henson y Roberts, 2006). Los autores del EDE, basándose en la experiencia clínica, parten de una teoría sobre la psicopatología específica de los TCA y vertebran el EDE en torno a cuatro dominios Restricción, Preocupación por la ingesta, Preocupación por el peso y Preocupación por la figura (Fairburn y Cooper, 1993; Fairburn, Cooper y O'Connor, 2008). En sentido estricto, esto recomendaría la aplicación de un AFC, es decir, especificar un modelo confirmatorio con hipótesis bien definidas sobre el número de factores, sobre las relaciones entre las variables y los factores y sobre las relaciones entre los factores mismos. Sin embargo, la estructura de dimensiones propuesta por los autores no ha recibido confirmación empírica y las evidencias acumuladas hasta el momento, no corroboran otra solución dimensional alternativa (Berg, Peterson, Frazier y Crow, 2012); en consecuencia, nos hallamos, ante un conjunto de hipótesis que no reúnen la solidez requerida para especificar un modelo confirmatorio. Estas fueron las razones que recomendaron el uso del análisis factorial exploratorio.

#### Análisis factorial exploratorio. Condiciones previas

A fin de que los resultados del AF sean válidos, generalizables y estables, la muestra y las variables en estudio deben cumplir una serie de requisitos. No obstante, definir la idoneidad de la muestra y la adecuación de las variables, constituye una cuestión compleja y no exenta de controversia.

Por lo general, se acepta que a mayor muestra las cargas factoriales que proporciona el análisis son más representativas y más estables (MacCallum, Widaman, Zhang y Hong, 1999). Ahora bien, no siempre es posible acceder a muestras amplias, especialmente en el caso de estudios clínicos. Por tanto, resulta pertinente preguntarse cuál sería la muestra mínima para garantizar una solución estable y generalizable. Tradicionalmente se han propuesto dos tipos de criterios, el tamaño y la proporción de personas por ítem. Respecto al tamaño de la muestra se establece un mínimo de cien observaciones aunque se recomiendan muestras más amplias de 200 o 300. En cuanto a la proporción de personas por ítem, se

sugieren no menos de cinco observaciones por variable, aunque se considera deseable un ratio mayor (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004). Recientemente, diversos estudios vienen insistiendo en la necesidad de considerar criterios adicionales al tamaño de la muestra, como por ejemplo, el grado de determinación de los factores y concluyen que, si los factores están bien determinados y se acreditan comunalidades por encima de 0,60, se podrían alcanzar soluciones estables con relativamente poca muestra (Henson y Roberts, 2006; Hogarty, Hines, Kromrey, Ferron y Mumford, 2005; MacCallum, Widaman, Zhang y Hong, 1999). En cuanto a la idoneidad de las variables, las escalas de respuesta graduada con más de cinco categorías, las variables con distribuciones simétricas, los ítems con fiabilidades medias altas y no redundantes, elevan las condiciones de garantía en las que se aplica el análisis factorial (Morales, 2006).

Siguiendo estas recomendaciones, se establecieron como condiciones de garantía para estimar la estabilidad de la solución factorial del ES-EDE, la idoneidad de la muestra y la adecuación de los ítems. La idoneidad de la muestra se examinó en función del número de observaciones, la proporción de personas por ítem, la determinación de los factores y las comunalidades acreditadas por los ítems. La adecuación de los ítems del ES-EDE se valoró teniendo en cuenta la métrica, la simetría, la fiabilidad y la no redundancia de los mismos. A pesar de todo, no conviene olvidar que el AF es un modelo pensado para variables continuas e ilimitadas; el problema reside en que ni las puntuaciones de los ítems, ni las de los test lo son. Por tanto, en la mayor parte de las aplicaciones psicológicas el AF debe entenderse como un modelo de aproximación, esto es, tentativo cuya mayor ventaja es la simplicidad (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

### Ajuste

Esta es la etapa crucial del AF, en ella se estima la solución inicial y se determina la dimensionalidad de los datos, es decir, el número de factores más apropiado. La etapa de estimación debe guiarse por el principio de parsimonia, se trata de determinar la solución más simple, pero también la más plausible, aquella con mayor poder explicativo (Bizquerra, 1989). Existen diversos criterios para seleccionar el número de componentes que se van a considerar en el análisis posterior, el criterio de la raíz latente, el porcentaje de varianza o el

criterio de contraste de caída entre otros. Aunque la práctica habitual ha sido apoyar la elección en uno de los criterios, se desaconseja tomar una decisión tan importante como la del número apropiado de factores basándose en un solo indicador y, se recomienda la adopción de criterios de decisión múltiple (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004; Henson y Roberts, 2006). Por esta razón adoptamos un criterio de extracción de factores múltiple, que incluyó el análisis de los valores propios, los porcentajes de varianza explicada por cada factor y el criterio de contraste de caída.

#### Rotación de factores

Una vez obtenida la solución factorial no rotada, el investigador debe decidir si ésta proporciona una interpretación adecuada de las variables en estudio o proceder a la rotación de los factores a fin de obtener una solución más simple, menos ambigua y teóricamente más significativa (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004). Existen dos tipos de rotación, la rotación ortogonal, que asume que los factores no están relacionados y la rotación oblicua que parte de la interrelación entre factores. Tradicionalmente se ha defendido que la rotación ortogonal ofrecía estructuras más simples y más fácilmente interpretables (Nunnally, 1978). Más recientemente, se han aportado algunas evidencias en favor de las rotaciones oblicuas: se ha probado que pueden generar soluciones claras, que reflejan más fidedignamente la naturaleza interrelacionada de las variables psicológicas y, que si los factores fueran claramente independientes, los ítems mostrarían correlaciones muy bajas sugiriendo una solución ortogonal (Henson y Roberts, 2006). En cualquier caso, siendo esta una decisión que, en última instancia, corresponde al investigador, la recomendación es poner a prueba distintas soluciones factoriales aplicando diferentes criterios de rotación para, finalmente, seleccionar aquel que ofrezca la solución más plausible. Por esta razón, procedimos a transformar la solución no rotada probando tanto la rotación ortogonal como la oblicua.

#### Índice Criterios de retención de los ítems)

El análisis de los ítems se realizó en base a los siguientes criterios (a) que presentaran pesos factoriales superiores a 0,50, ya que las cargas factoriales cuentan con errores estándar

sustancialmente mayores que las demás correlaciones; (b) que saturaran en algún factor, si una variable no acreditara carga factorial significativa en ninguno de los factores quedaría excluida; y finalmente, (d) que presentaran comunalidades superiores a 0,50, de lo contrario se considerarían carentes de explicación suficiente (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004; Morales, 2006).

También se procedió al análisis de ítems a partir del examen correlación ítem-total, que establece si el ítem presenta una correlación igual o superior a  $1/\sqrt{k}$ , siendo k el número de ítems (Morales, 2006).

### **2.8.2. Análisis Confirmatorio Discriminante**

Como se ha dicho en el epígrafe anterior el análisis factorial efectuado tiene un carácter exploratorio, su objetivo consiste en conocer la estructura interna de un fenómeno complejo y representarlo en sus dimensiones más relevantes, acordes con el peso de las variables en cada uno de los factores obtenidos. La solución rotada no añade sino mayor capacidad de ajuste, pero no modifica sensiblemente la interpretación de los datos. Pero, cuando como en este caso, nos encontramos por una parte, con una clasificación diagnóstica de los sujetos hecha por el psiquiatra, por la otra, la medición de los mismos acorde con la escala ES-EDE, se hace necesario un instrumento que permita validar la convergencia entre ambos criterios.

Como es de sobra conocido, el análisis discriminante es una técnica de análisis multivariante cuya finalidad última es elaborar un modelo proyectivo de comportamiento. Tiene como finalidad ver la adecuación de un conjunto de variables explicativas (en nuestro caso los ítems de la escala ES-EDE) a la clasificación establecida de antemano (en nuestro caso la variable *diagcrit*) realizada por el psiquiatra acorde con los criterios del DSM-IV.

Se trata por lo tanto de un modelo confirmatorio que trata de pronosticar el grado de ajuste/desajuste (matriz de confusión) de un conjunto de variables continuas independientes sobre una variable dependiente de carácter clasificatorio. Se trata de una técnica de análisis multivariante que, por una parte, nos da el peso de las variables explicativas sobre la variable dependiente (función discriminante) y, por la otra, nos resume

la consistencia del modelo en la matriz de confusión que expresa el porcentaje de acierto/desacuerdo (en términos probabilísticos) de que la clasificación esté bien realizada.

### 2.8.3. Análisis de los ítems de la escala ES-EDE

El análisis de ítems es una técnica de análisis complementaria al análisis factorial. Parte de una idea muy simple, una vez obtenidos los pesos de las variables en los factores trata de ponderar éstos y calcular la puntuación total obtenida, en nuestro caso cada uno de los 145 participantes, distribuir la puntuación total de la escala en distintos intervalos y a partir de ellos tratar de discriminar a los individuos en función de su posicionamiento en el continuum no patológico-patológico de acuerdo con la menor/mayor puntuación total obtenida. Para ello, a partir de la variable puntuación total de la escala (PT) se ha tratado de analizar el comportamiento de la misma.

### 2.8.4. Análisis del Tipo de Distribución

Consecuentemente, el análisis del comportamiento de la distribución de los datos de la escala ES-EDE, el hecho de que sea o no una distribución normal será clave para el establecimiento de categorías de intervalos y la definición de su carácter como *conducta patológica o normalizada*. Veamos los datos correspondientes a la distribución muestral en la tabla y en el gráfico correspondiente:

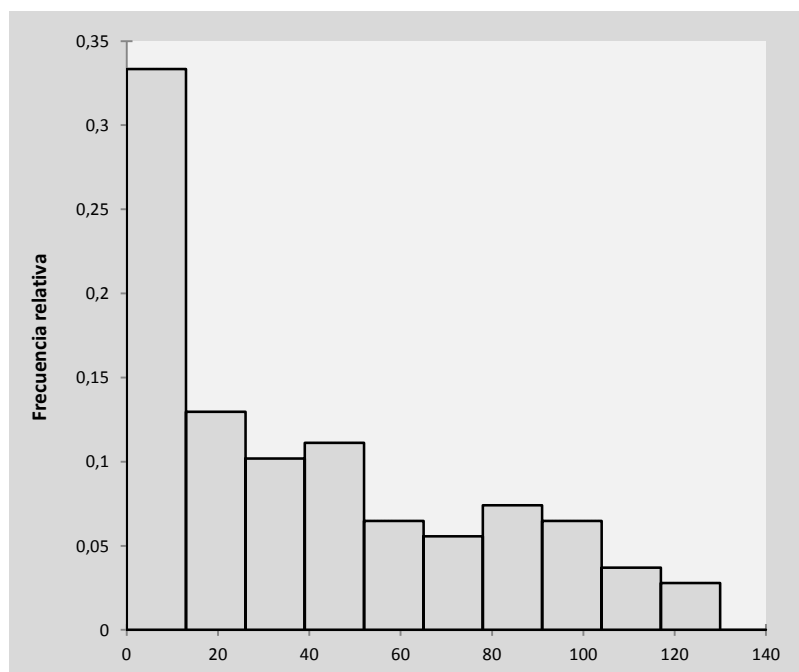
**Tabla 26 . Puntuación Total (PT) escala ES-EDE. Estadísticos descriptivos**

| Límite inferior | Límite superior | Frecuencia | Frecuencia relativa | Densidad |
|-----------------|-----------------|------------|---------------------|----------|
| 0               | 13              | 36         | 0,333               | 0,026    |
| 13              | 26              | 14         | 0,130               | 0,010    |
| 26              | 39              | 11         | 0,102               | 0,008    |
| 39              | 52              | 12         | 0,111               | 0,009    |
| 52              | 65              | 7          | 0,065               | 0,005    |
| 65              | 78              | 6          | 0,056               | 0,004    |
| 78              | 91              | 8          | 0,074               | 0,006    |
| 91              | 104             | 7          | 0,065               | 0,005    |
| 104             | 117             | 4          | 0,037               | 0,003    |
| 117             | 130             | 3          | 0,028               | 0,002    |



Tabla 26 aparece perfectamente recogida en el Gráfico 2 en el que se representa el histograma correspondiente de la frecuencia relativa:

**Gráfico 2. Histograma relativo a la variable Puntuación Total (PT) de la escala ES-EDE**



Puede perfectamente apreciarse que la distribución no sigue un patrón de comportamiento propio de una distribución normal, el 33,3% de los casos (36) se agrupan en el intervalo inferior, entre 0 y 13 puntos y que casi el 50% (46,3%) no llega 26 puntos. Por el contrario, valores por encima de 100 puntos no representan ni el 10% del total (exactamente el 6,5%). La falta de normalidad de la distribución aparece contrastada por la prueba Shapiro-Wilk, tal y como puede apreciarse en la Tabla 27:

**Tabla 27. Prueba Shapiro-Wilk relativa a la normalidad de la distribución de la variable (EDE\_PT)**

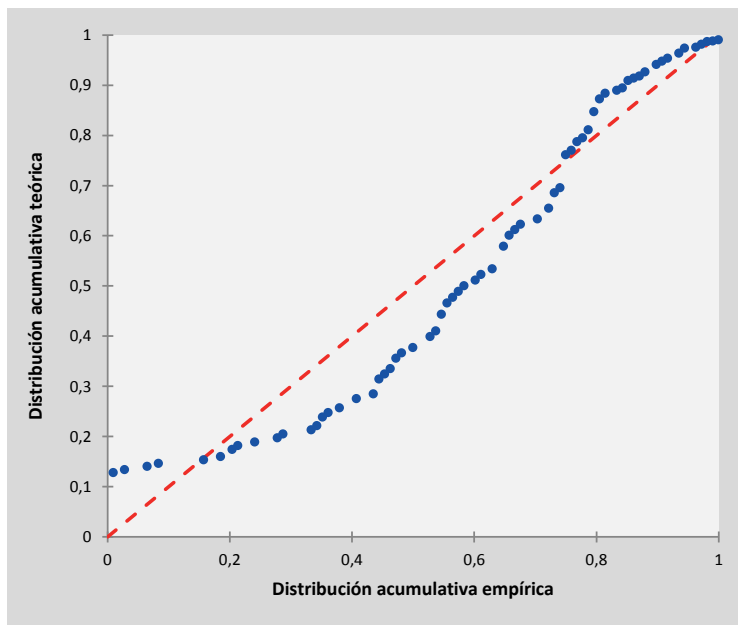
|         |          |
|---------|----------|
| W       | 0,887    |
| valor-p | < 0,0001 |
| alfa    | 0,05     |

*INTERPRETACIÓN: Puesto que el valor-p computado es menor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se debe rechazar la hipótesis nula  $H_0$  y aceptar la hipótesis alternativa  $H_a$*

De acuerdo con la prueba efectuada, una representación gráfica de la falta de normalidad de la distribución de la variable: *puntuación total de la escala ES-EDE* podemos verla en el

Gráfico 3.

**Gráfico 3. Análisis de la Distribución de la variable Puntuación Total de la escala ES-EDE. Comparación de la distribución acumulativa teórica (normal) con la distribución acumulativa empírica (test-ES-EDE)**



La línea roja del gráfico muestra cómo debía de haber sido la puntuación total obtenida para ajustarse a los parámetros de una distribución normal y los puntos de azul intenso cuáles han sido las puntuaciones reales obtenidas. Podemos ver cómo mientras en las puntuaciones más bajas los puntos azules desbordan con creces la línea roja, es decir, en aquellas categorías donde se sitúan los *no-casos*, en las posiciones intermedias (expresión de TCAS de media baja intensidad) la incidencia es infinitamente menor de ahí esa especie de arco inferior, para volver a ser superior en las posiciones más elevadas, es decir, allá donde están las situaciones más críticas.

### 2.8.5. Análisis Diagnóstico

Tal como se ha descrito en apartados anteriores, el ES-EDE consta de dos partes claramente diferenciadas: por un lado, el instrumento, se compone de una escala que denominamos *Psicopatología Específica de TCA*, conformada por 22 ítems, agrupados en dos subescalas,

*Sobrevaloración del peso y la figura y Restricción*; por el otro, contiene un conjunto de reactivos, los *Ítems diagnósticos*, que al establecer el límite entre un caso y un no caso, se erigen en indicadores o marcadores clínicos, al tiempo que permiten especificar el diagnóstico acorde al DSM. La función de estos ítems consiste, por tanto, en determinar si nos hallamos ante un TCA y de ser así ante qué tipo (Fairburn, 2008).

En consonancia con la doble naturaleza de la escala ES-EDE a la que hacemos referencia al comienzo de este capítulo, ha parecido oportuno separar ambas cuestiones tratando de distinguir, por una parte, su utilidad como instrumento orientado a medir la menor/mayor incidencia de los trastornos alimenticios en términos de intensidad patológica; y, por la otra, su correspondencia con los sistemas de diagnósticos externos tipo DSM, tanto por lo que afecta a la versión DSM-IV como a la resultante de su evolución posterior: nos referimos al sistema diagnóstico DSM-5.

Como puede comprobarse, la línea que separa la utilidad de la escala ES-EDE, como instrumento medidor del grado de intensidad patológica de su aplicabilidad en términos diagnósticos es muy fina, no obstante se trata, como se comprobará a lo largo de este capítulo, de dos dimensiones perfectamente diferenciadas. Es por ello que el mismo está dividido en dos partes perfectamente diferenciadas; por un lado, al que hemos denominado: la consistencia interna de la escala ES-EDE como instrumento diagnóstico de patologías alimentarias; por el otro, la validez diagnóstica de la escala ES-EDE acorde a criterios de validez externa.

El avance en estas cuestiones queda supeditado al diseño de instrumentos con sensibilidad y especificidad adecuadas que garanticen la precisión en las estimaciones y minimicen la confusión diagnóstica. Este apartado acomete el análisis tanto del comportamiento de los 22 ítems utilizados para medir el sustrato de los comportamientos patológicos, como los *Ítems Diagnósticos* e intenta, tomando como referencia el sistema de clasificación DSM, determinar el grado de precisión diagnóstica que acreditan, intentando superar una dificultad inherente al momento en el que se implementó la investigación, nos referimos al hecho de la existencia de dos sistemas de diagnóstico que se solapan, el DSM-IV, vigente en el momento en que se llevó a cabo la evaluación y el DSM-5, sistema que se encuentra

actualmente en vigor y plantea modificaciones sustanciales respecto de la versión anterior (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013).

## **2.9. Diseño metodológico de la tesis**

El grado de precisión para la detección de casos acreditado por los *Ítems Diagnósticos*, se sometió a examen utilizando dos criterios de contraste: un criterio externo, el diagnóstico emitido por el clínico del centro en el que las personas con TCA estaban recibiendo tratamiento y, un criterio interno a la propia herramienta, el nivel de psicopatología alimentaria medido a partir de las puntuaciones obtenidas en la escala ES-EDE de *Psicopatología Específica de TCA*.

Tal como se ha mencionado en la introducción al capítulo, el diseño que se expone a continuación pivota sobre la dificultad derivada del manejo de dos sistemas de clasificación que no son equivalentes. Nos referimos al DSM-IV, vigente en el momento en que se llevó a cabo la evaluación y al DSM-5, sistema que se encuentra actualmente en vigor y plantea modificaciones sustanciales respecto del anterior; esta fue la razón por la que se desestimó cualquier tentativa de equiparación entre ambos sistemas, optando por un ejercicio de extrapolación de los resultados obtenidos siguiendo uno y otro sistema. Los análisis subsiguientes se llevaron a cabo como sigue:

En primer lugar, se analizó la precisión diagnóstica respecto a la categoría global de TCA, analizando la concordancia entre el juicio clínico y el juicio derivado del ES-EDE. El cálculo se realizó por medio del coeficiente Kappa que da cuenta del acuerdo absoluto entre dos estimaciones (Fleiss y Cohen, 1973).

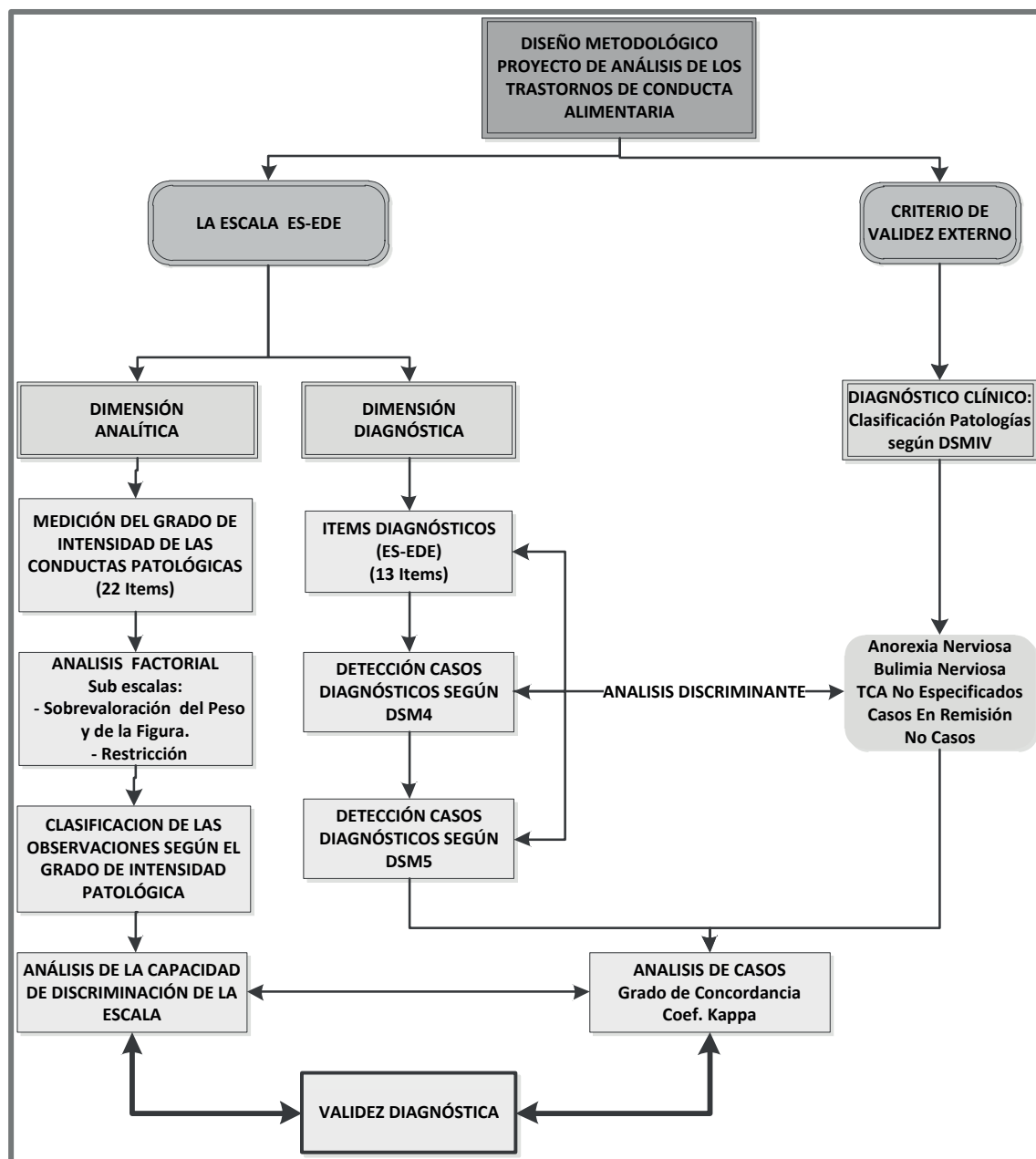
En segundo lugar, se examinó la precisión diagnóstica respecto de las categorías definidas en el DSM-IV, comparando el grado de acuerdo entre el diagnóstico emitido por el clínico y el diagnóstico derivado del ES-EDE.

En tercer lugar, se realizó un análisis comparativo entre el diagnóstico clínico y el derivado del DSM-5.

En cuarto lugar, se examinó el grado de precisión que acreditaban los Ítems Diagnósticos del ES-EDE, utilizando un criterio interno a la propia escala, el nivel de psicopatología alimentaria estimado partir de las puntuaciones obtenidas en la escala Psicopatología Específica de TCA del ES-EDE.

Finalmente, se procedió a un análisis pormenorizado, comparando el juicio clínico, el diagnóstico DSM-5 derivado del ES-EDE y las puntuaciones obtenidas en la escala Psicopatología específica TCA. Una visión general del proceso puede apreciarse en el Gráfico 4 que a continuación se presenta:

Gráfico 4. Esquema general del diseño metodológico.



El examen sobre la precisión de la escala ES-EDE se realizó teniendo en cuenta su doble naturaleza: a) como instrumento exploratorio de análisis para medir el grado de intensidad patológica en relación a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA); y b) como instrumento diagnóstico compatible con los instrumentos de detección diagnóstica DSM-IV y DSM-5.

Atendiendo a su doble naturaleza, la ES-EDE está compuesta, por una parte, por 22 ítems que han servido de base para medir el grado de consistencia interna de la misma y de discriminación del grado de intensidad patológica en relación a los TCAs y por la otra, de 74 ítems diagnósticos cuyo propósito es contrastar el grado de validez diagnóstica con los modelos DSM-IV y DSM-5.









## Resultados: Análisis y discusión

---



### 3. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL CONSTRUCTO TCA

---

#### 3.1. Obtención de los factores explicativos

En el análisis se incluyeron todos los ítems que conforman las subescalas del EDE original, un total de 22 variables. Todas ellas son variables métricas y constituyen un grupo homogéneo adecuado para acometer el análisis factorial; adoptan un valor mínimo de cero, lo que indica ausencia de la característica psicopatológica y un valor máximo de seis en la dirección psicopatológica. No obstante, los ítems *miedo de perder el control al comer*, *insatisfacción con el peso*, *reacción ante la prescripción de pesarse* y *evitación de la exposición* pueden puntuarse con un 9 y los ítems *sentimientos de gordura* y *estómago plano* con un 7. Las puntuaciones 9 y 7, no son puntuaciones métricas por lo que se trataron como valores perdidos y se eliminaron del análisis, quedando reducida la muestra inicial de 145 sujetos a 108. A pesar de la pérdida de sujetos, consideramos que la muestra reunía condiciones aceptables para llevar a cabo un análisis factorial, ya que superaba el tamaño mínimo establecido de 100 observaciones y alcanzaba el ratio de 5 observaciones por variable que se encuentra dentro del límite mínimo exigido (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2004).

En cuanto a la distribución de las variables, se examinó la bondad del ajuste de la muestra a partir de las pruebas Kolmogorov – Smirnov y la prueba de Anderson-Darling. En todas las variables sometidas a análisis, el valor-p computado fue menor que el nivel de significación  $\alpha = 0,05$ , lo que confirmaba una distribución asimétrica de las variables; por ello, se procedió a transformar las puntuaciones obtenidas en puntuaciones estándar. Los análisis subsiguientes se realizaron utilizando las puntuaciones transformadas.

Antes de emprender el análisis factorial, se comprobó si era, o no, un modelo de análisis apropiado para los datos en estudio. La inspección incluyó el chequeo de los estadísticos descriptivos, el test de esfericidad de Bartlett y el índice Kaiser-Meyer-Olkin. El cálculo de la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) alcanzó un valor de 0,91, calificado de muy bueno, lo que indicaba que las variables estaban sustancialmente relacionadas entre sí, por lo que, cada variable podría predecirse a partir de las demás. Y el

test de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativo,  $\chi^2 (108) = 2082,090$ ;  $p < ,0001$ , confirmando la hipótesis nula de que nos encontrábamos ante una matriz de correlaciones poblacional de identidad, es decir, las variables estaban correlacionadas en la población.

Todos estos datos permitieron concluir que, el ES-EDE presentaba índices de adecuación apropiados, indicando, en consecuencia, la pertinencia del análisis factorial subsiguiente (Bizquerra, 1989).

### 3.2. Evaluación del ajuste

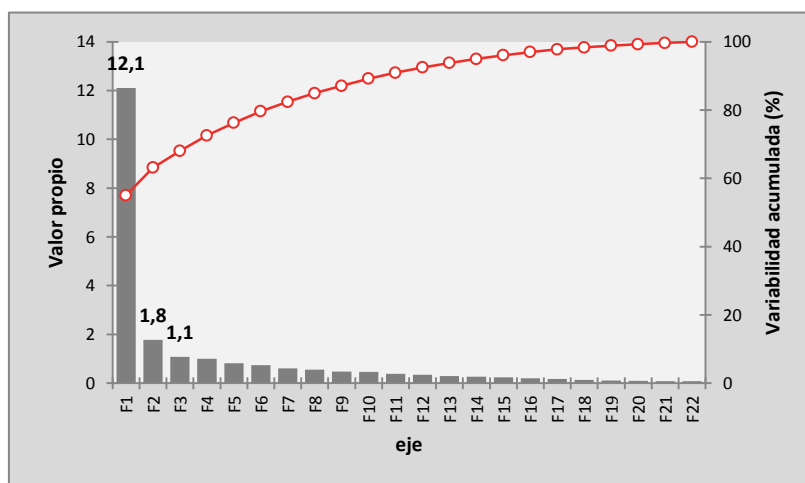
Se adoptó un criterio de extracción de factores múltiple que incluyó el análisis de los valores propios, el porcentaje de varianza explicada por cada factor y el criterio de contraste de caída. Tal como se aprecia en la Tabla 28, el criterio de raíz latente proporcionó 3 factores con valores propios iguales o superiores a la unidad, el Factor 1 con un valor propio de (12,108), el Factor 2 (1,779) y el Factor 3 (1,079).

**Tabla 28. Análisis Factorial. Capacidad explicativa de los factores.**

| FACTORES                | F1    | F2    | F3    | F4    | F5    | F6    | F7    |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Valor propio            | 12,10 | 1,77  | 1,07  | 0,99  | 0,81  | 0,74  | 0,60  |
| % de varianza explicada | 55,03 | 8,08  | 4,90  | 4,53  | 3,71  | 3,368 | 2,77  |
| % de varianza acumulada | 55,03 | 63,11 | 68,02 | 72,55 | 76,26 | 79,63 | 82,40 |

El criterio del porcentaje de varianza indicó que los tres factores con valores propios mayores o iguales a uno explicaban conjuntamente un porcentaje de varianza del 68,021%. No obstante, puede apreciarse que el primer factor no rotado es el que se reveló decisivo pues, explica el 55,034% de la varianza total, frente al 8,084% y 4,902% de los siguientes.

**Gráfico 5. Screenplot relativo al grado de representatividad de los factores previos a la rotación, Importancia de los factores según el % de varianza explicada.**



El criterio de contraste de caída, ilustrado por el Screenplot del Gráfico 5, subraya nuevamente, en coherencia con el criterio del porcentaje de varianza, la relevancia del primer factor frente al segundo y al tercero ya que el punto de inflexión tras la inclinación descendente, se produce después del primer factor.

Adicionalmente, tal como muestra la Tabla 29, las variables que conformaron este primer factor no rotado presentaron unas correlaciones muy altas con el mismo; todas salvo *Comer en secreto* con un valor de 0,44, superaron  $R > 0,5$ , mostrando un grado de consistencia interna muy elevado que ascendió a 0,959. Asimismo, todas las correlaciones ítem-total resultaron superiores a 0,40 y las comunalidades se situaron por encima de 0,50 sin excepción. Esto significa que las variables del ES-EDE presentan un elevado grado de homogeneidad con respecto al constructo que evalúan. Una de las asunciones más frecuentes en la teoría de la medición en psicología es que, para poder clasificar a las personas en función de un atributo o una variable y establecer las diferencias entre ellos, los ítems deben medir la misma variable psicológica, es decir, la variable debe ser unidimensional. Aunque de forma tentativa, ya que no disponemos indicadores inequívocos, parecería que los resultados avalan la estructura unidimensional de la escala ES-EDE; apoyamos este juicio en el porcentaje de varianza explicada por este primer factor, confirmado por el criterio de contraste de caída y en el hecho de que, las correlaciones ítem-

total, las comunalidades de los ítems y el análisis de consistencia interna señalan un elevado grado de homogeneidad entre los ítems que conforman el ES-EDE.

**Tabla 29. Análisis de componentes principales. Correlación de los ítems con los factores no rotados, correlación ítem-total y comunalidades.**

| ITEMS                                     | Factores No rotados |       |             | Comunalidad |
|-------------------------------------------|---------------------|-------|-------------|-------------|
|                                           | F1                  | F2    | F3          |             |
| Restricción ingesta                       | <b>0,66</b>         | 0,47  | 0,11        | <b>0,68</b> |
| Evitación de la ingesta                   | <b>0,50</b>         | 0,41  | -0,46       | <b>0,63</b> |
| Estómago vacío                            | <b>0,74</b>         | -0,34 | -0,27       | <b>0,74</b> |
| Evitación de alimentos                    | <b>0,67</b>         | 0,43  | -0,06       | <b>0,64</b> |
| Normas alimentarias                       | <b>0,72</b>         | 0,46  | 0,20        | <b>0,78</b> |
| Preocupación alimentos, ingesta, calorías | <b>0,75</b>         | -0,39 | 0,14        | <b>0,75</b> |
| Miedo de perder el control al comer       | <b>0,73</b>         | -0,25 | 0,17        | <b>0,63</b> |
| Comer en público                          | <b>0,75</b>         | -0,27 | -0,10       | <b>0,65</b> |
| Comer en secreto                          | <b>0,44</b>         | -0,21 | <b>0,63</b> | <b>0,56</b> |
| Culpabilidad por comer                    | <b>0,81</b>         | -0,26 | -0,08       | <b>0,73</b> |
| Insatisfacción con el peso                | <b>0,78</b>         | 0,10  | -0,19       | <b>0,66</b> |
| Deseo de perder peso                      | <b>0,74</b>         | 0,25  | -0,15       | <b>0,63</b> |
| Reacción ante la prescripción de pesarse  | <b>0,63</b>         | -0,02 | -0,21       | <b>0,44</b> |
| Insatisfacción con la figura              | <b>0,85</b>         | 0,02  | -0,00       | <b>0,73</b> |
| Preocupación por la figura o por el peso  | <b>0,74</b>         | -0,40 | -0,11       | <b>0,73</b> |
| Importancia de la figura                  | <b>0,83</b>         | 0,19  | 0,16        | <b>0,75</b> |
| Importancia del peso                      | <b>0,82</b>         | 0,15  | 0,21        | <b>0,75</b> |
| Miedo a engordar                          | <b>0,87</b>         | 0,05  | 0,08        | <b>0,77</b> |
| Incomodidad al observar el cuerpo         | <b>0,82</b>         | -0,13 | 0,03        | <b>0,70</b> |
| Evitación de la exposición                | <b>0,74</b>         | -0,23 | -0,01       | <b>0,61</b> |
| Sentimientos de gordura                   | <b>0,78</b>         | -0,08 | -0,24       | <b>0,68</b> |
| Ventre plano                              | <b>0,68</b>         | 0,23  | 0,26        | <b>0,59</b> |

El constructo que se evalúa se define en base a los ítems Miedo a engordar, Insatisfacción con la figura, Importancia de la figura, Importancia del peso, Incomodidad al observar el cuerpo y Culpabilidad por comer; tal como puede apreciarse en el Gráfico 6, son estos elementos, los que presentan las correlaciones más altas con el primer factor no rotado, todos los valores superan el 0,80. Su contribución se dibuja nuclear y esencial, ya que evalúan lo que se ha denominado el núcleo psicopatológico de los TCA, la sobrevaloración del peso y la figura y su impacto demoledor sobre la autoestima personal. El intento por proteger dicha autoestima desencadena un miedo patológico al aumento de peso, que unido a la insatisfacción con la figura, genera en los casos extremos, aversión ante la imagen del propio cuerpo, culpabilidad por comer u otros desajustes.



**Gráfico 6. Correlaciones de los ítems con el factor I no rotado: Psicopatología específica de los TCA.**



La contribución de estos ítems al primer factor apoya los planteamientos teóricos que sitúan el eje de la psicopatología de los TCA, en la importancia suprema que se concede al peso y la figura corporal en el esquema de valoración personal, que se ha probado como elemento desencadenante de los trastornos, como un potente elemento de resistencia al cambio en los procesos de recuperación y un indicador pronóstico sobre la probabilidad de recaída (Fairburn, 2008).

### 3.3. Explicación a partir de la rotación factorial

Se aplicó la rotación Varimax y se ensayaron varias soluciones factoriales reteniendo cuatro, tres y dos factores. La solución de cuatro factores, que trataba de reproducir la estructura propuesta por los autores no proporcionó resultados satisfactorios. La solución factorial de tres factores reveló dos dimensiones bien determinadas, con porcentajes de varianza

explicada del 32,5% y 27,6% respectivamente, además de una tercera dimensión, residual, con un porcentaje de varianza explicada del 7,923% y una determinación muy baja, ya que solamente un ítem, *Comer en secreto*, saturó en ella (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2004; Morales, 2006), lo que confirmó el carácter exiguo de la tercera dimensión, obligándonos a especificar un nuevo modelo.

**Tabla 30. Análisis de Componentes Principales. Rotación Varimax**

| VARIABLES                                 | COMPONENTES PRINCIPALES. VARIMAX |              |              |                  |              |
|-------------------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|------------------|--------------|
|                                           | Factores No rotados              |              |              | Factores rotados |              |
|                                           | F1                               | F2           | F3           | D1               | D2           |
| Restricción ingesta                       | <b>0,66</b>                      | 0,47         | 0,11         | 0,18             | <b>0,79</b>  |
| Evitación de la ingesta                   | <b>0,50</b>                      | 0,41         | -0,46        | 0,10             | <b>0,64</b>  |
| Estómago vacío                            | <b>0,74</b>                      | -0,34        | -0,27        | <b>0,78</b>      | 0,23         |
| Evitación de alimentos                    | <b>0,67</b>                      | 0,43         | -0,06        | 0,22             | <b>0,77</b>  |
| Normas alimentarias                       | <b>0,72</b>                      | 0,46         | 0,20         | 0,23             | <b>0,82</b>  |
| Preocupación alimentos, ingesta, calorías | <b>0,75</b>                      | -0,39        | 0,14         | <b>0,83</b>      | 0,20         |
| Miedo de perder el control al comer       | <b>0,73</b>                      | -0,25        | 0,17         | <b>0,72</b>      | 0,29         |
| Comer en público                          | <b>0,75</b>                      | -0,27        | -0,10        | <b>0,74</b>      | 0,29         |
| Comer en secreto                          | <b>0,44</b>                      | -0,21        | <b>0,63</b>  | 0,47             | 0,13         |
| Culpabilidad por comer                    | <b>0,81</b>                      | -0,26        | -0,08        | <b>0,78</b>      | 0,33         |
| Insatisfacción con el peso                | <b>0,78</b>                      | 0,10         | -0,19        | <b>0,52</b>      | <b>0,59</b>  |
| Deseo de perder peso                      | <b>0,74</b>                      | 0,25         | -0,15        | 0,38             | <b>0,68</b>  |
| Reacción ante la prescripción de pesarse  | <b>0,63</b>                      | -0,02        | -0,21        | 0,49             | 0,40         |
| Insatisfacción con la figura              | <b>0,85</b>                      | 0,02         | -0,00        | <b>0,62</b>      | <b>0,58</b>  |
| Preocupación por la figura o por el peso  | <b>0,74</b>                      | -0,40        | -0,11        | <b>0,83</b>      | 0,18         |
| Importancia de la figura                  | <b>0,83</b>                      | 0,19         | 0,16         | 0,49             | <b>0,69</b>  |
| Importancia del peso                      | <b>0,82</b>                      | 0,15         | 0,21         | <b>0,52</b>      | <b>0,66</b>  |
| Miedo a engordar                          | <b>0,87</b>                      | 0,05         | 0,08         | <b>0,61</b>      | <b>0,62</b>  |
| Incomodidad al observar el cuerpo         | <b>0,82</b>                      | -0,13        | 0,03         | <b>0,71</b>      | 0,44         |
| Evitación de la exposición                | <b>0,74</b>                      | -0,23        | -0,01        | <b>0,71</b>      | 0,32         |
| Sentimientos de gordura                   | <b>0,78</b>                      | -0,08        | -0,24        | <b>0,64</b>      | 0,45         |
| Ventre plano                              | <b>0,68</b>                      | 0,23         | 0,26         | 0,35             | <b>0,62</b>  |
| <b>% Varianza explicada</b>               | <b>55,03</b>                     | <b>8,08</b>  | <b>4,90</b>  | <b>34,51</b>     | <b>28,60</b> |
| <b>% Varianza acumulada</b>               | <b>55,03</b>                     | <b>63,11</b> | <b>68,02</b> | <b>34,51</b>     | <b>63,11</b> |
| <b><math>\alpha</math> Cronbach</b>       | <b>0,959</b>                     |              |              | <b>0,957</b>     | <b>0,928</b> |

Nota. Las cargas factoriales  $\geq 50$  se presentan en negrita.

En un intento por hallar una alternativa que explicara mejor los resultados, se aplicó nuevamente el procedimiento de rotación ortogonal Varimax, esta vez, reteniendo dos factores. Como puede apreciarse en la Tabla 30, cuatro ítems, Insatisfacción con el peso, Insatisfacción con la figura, *importancia del peso y miedo a engordar*, saturaron significativamente en ambas dimensiones. Destacaremos, por un lado, que se trata de ítems que junto al elemento Importancia de la figura, presentaron las correlaciones más con el primer factor no rotado. Por otro lado, si en lugar de 0,50 hubiéramos adoptado un criterio menos exigente para la retención de ítems, una carga de 0,40, suele ser la habitual, cuatro ítems más, hubieran saturado significativamente en las dos dimensiones, lo que situaría en un 44% los ítems compartidos. Dado que el procedimiento ortogonal elegido, fuerza la independencia de las dimensiones, este porcentaje constituye otra prueba de la unidimensionalidad de la variable en estudio.

La rotación proporcionó, además, una estructura de dos dimensiones latentes que acreditaron un porcentaje de varianza explicada del 34,5% y del 28,6% respectivamente, dando cuenta conjuntamente del 63,1% de la varianza total. La primera reúne los ítems *preocupación por los alimentos, la ingesta o las calorías, preocupación por la figura o por el peso, estómago vacío, culpabilidad por comer, comer en público, miedo de perder el control al comer, evitación de la exposición, incomodidad al observar el cuerpo, sentimientos de gordura con pesos factoriales* que oscilan entre 0,83 y 0,64. Esta dimensión se refiere a la preocupación obsesiva por el peso y la figura asociado a niveles elevados de malestar altamente incapacitante, que se manifiesta cognitivamente en forma de pensamientos intrusivos, emocionalmente, mediante sentimientos culpa o miedo intenso también genera desajustes en la conducta tal como se refleja en los intentos por mantener el *estómago vacío* durante periodos prolongados de tiempo o en la intolerancia hacia el propio cuerpo, o condicionado el ajuste social al evitar comer en compañía o exponer el cuerpo ante los demás debido al elevado grado de malestar que genera.

## **4. ANÁLISIS DEL GRADO DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA ES-EDE**

---

### **4.1. Objetivo**

Como es de sobra conocido la consistencia es una propiedad que aplicada a las escalas es un exponente del grado de fiabilidad de las mismas. Dado que las actitudes parten de la premisa de su unidimensionalidad, la obtención de altos coeficientes de consistencia interna son uno de los mejores exponentes de esta cualidad. Existen muchas formas de cálculo de la fiabilidad y de la consistencia interna: método dos mitades, correlación ítems/puntuación total..., pero, el más usual suele ser el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que es el que hemos usado en nuestra investigación.

El objetivo del trabajo fue analizar la homogeneidad de la escala ES-EDE a partir del análisis de la consistencia interna y el análisis del comportamiento de los ítems. El análisis se llevó a cabo utilizando el total de la muestra ( $n = 145$ ). La entrevista se aplicó en una única ocasión, se desconoce, por tanto, la estabilidad de las puntuaciones de la adaptación del EDE. También se estimó la fiabilidad a través del acuerdo entre jueces, tal como se describirá en el apartado correspondiente.

El análisis de la consistencia interna se realizó mediante el cálculo del coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, este estadístico está especialmente indicado para evaluar la consistencia en escalas que encubren un constructo unidimensional. Se adoptó como valor mínimo aceptable un 0,70 y en nuestro caso tal como puede apreciarse en la Tabla 31.

El lector comprobará que, en coherencia con los resultados del AFE, el examen se llevó a cabo tanto para el total de la escala como para las dos dimensiones obtenidas a partir de la solución rotada. Además, aunque el AFE no corroboró la estructura de cuatro dimensiones del EDE original, dado que la mayoría de los estudios revisados aportan resultados sobre la homogeneidad de los cuatro dominios propuestos por los autores: Restricción, Preocupación por la ingesta, Preocupación por el peso y Preocupación por la figura (Beumont, Kopec-Schrader, Talbot y Touyz, 1993; Byrne, Allen, Lampard, Dove y Fursland, 2010; Cooper, Cooper y Fairburn, 1989), en aras a favorecer la comparación de nuestros resultados con los

datos obtenidos en otras investigaciones, se repitieron los análisis para las subescalas propuestas por los autores.

## **4.2. Resultados**

Los coeficientes alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach de la escala total y de las dos dimensiones se situaron por encima de 0,90, superando el valor mínimo de 0,70 que se había establecido para poder concluir la homogeneidad entre los ítems que conforman un dominio. Más específicamente, el coeficiente alfa para el total de la escala alcanzó un valor  $\alpha$  de 0,959, las dimensiones *sobrevaloración del peso y la figura* e *intentos de restricción y control* proporcionaron los siguientes valores  $\alpha = 0,957$  y  $\alpha = 0,928$ . Los datos avalan, por tanto, un nivel excelente de consistencia interna tanto para la escala total como para las dos dimensiones que emergieron del AFE.

Tabla 31. Alfa de Cronbach de la escala ES-EDE al eliminar ítems

| ITEMS                                                      | $\alpha$<br>Cronbach |
|------------------------------------------------------------|----------------------|
| Restricción de la ingesta.                                 | ,958                 |
| Evitación de la ingesta.                                   | ,960                 |
| Estómago vacío.                                            | ,957                 |
| Evitar alimentos.                                          | ,958                 |
| Normas alimentarias.                                       | ,957                 |
| Preocupación por los alimentos, la ingesta y las calorías. | ,957                 |
| Miedo de perder el control al comer.                       | ,957                 |
| Comer en público.                                          | ,957                 |
| Comer en secreto.                                          | ,961                 |
| Culpabilidad por comer.                                    | ,956                 |
| Insatisfacción con el peso.                                | ,957                 |
| Deseo de perder peso.                                      | ,957                 |
| Reacción ante la prescripción de pesarse.                  | ,959                 |
| Insatisfacción con la figura.                              | ,956                 |
| Preocupación por la figura o por el peso.                  | ,957                 |
| Importancia de la figura.                                  | ,956                 |
| Importancia del peso.                                      | ,956                 |
| Miedo a engordar.                                          | ,955                 |
| Incomodidad al observar el cuerpo.                         | ,956                 |
| Evitación de la exposición.                                | ,957                 |
| Sentimientos de gordura.                                   | ,957                 |
| Ventre plano.                                              | ,958                 |
| <b><math>\alpha</math> Cronbach GENERAL</b>                | <b>,959</b>          |

Tal como muestran los resultados de la Tabla 31, se comprobó el impacto que retirar cada ítem ejercería sobre el alfa de la escala. La eliminación de todos los ítems redundó en una disminución del alfa de la escala, salvo para los ítems *evitación de la ingesta* y *comer en secreto*; en ambos casos, retirar el ítem elevó ligera, aunque no sustancialmente, el alfa de la escala, a 0,960 en el primer caso y a 0,961 en el segundo. Como queda reflejado en la

Tabla 32, el análisis se volvió a repetir, esta vez tomando como referencia las dimensiones del ES-EDE derivadas del AFE, *sobrevaloración del peso y la figura* e *Intentos de restricción y control*. En esta ocasión, la eliminación de todos los ítems, sin excepción, supuso una disminución en el alfa de las subescalas.

**Tabla 32. Alfa de Cronbach de la subescalas: Sobrevaloración del peso y de la figura y Restricción al eliminar los ítems**

| SUBESCALAS ES-EDE                                              | ITEMS                                                     | N= 145 |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| <b>Sobrevaloración del peso y la figura</b><br>$\alpha = ,957$ | Estómago vacío                                            | ,955   |
|                                                                | Preocupación por los alimentos, la ingesta y las calorías | ,954   |
|                                                                | Miedo de perder el control al comer                       | ,955   |
|                                                                | Comer en público                                          | ,954   |
|                                                                | Culpabilidad por comer                                    | ,953   |
|                                                                | Insatisfacción con el peso                                | ,955   |
|                                                                | Insatisfacción con la figura                              | ,952   |
|                                                                | Preocupación por la figura o por el peso                  | ,954   |
|                                                                | Importancia de la figura                                  | ,954   |
|                                                                | Importancia del peso                                      | ,954   |
|                                                                | Miedo a engordar                                          | ,953   |
|                                                                | Incomodidad al observar el cuerpo                         | ,953   |
|                                                                | Evitar la exposición                                      | ,954   |
|                                                                | Sentimientos de gordura                                   | ,955   |
| <b>Restricción</b><br>$\alpha = ,924$                          | Restricción de la ingesta                                 | ,917   |
|                                                                | Evitación de la ingesta                                   | ,924   |
|                                                                | Evitación de alimentos                                    | ,918   |
|                                                                | Normas alimentarias                                       | ,914   |
|                                                                | Insatisfacción con el peso                                | ,917   |
|                                                                | Deseo de perder peso                                      | ,916   |
|                                                                | Insatisfacción con la figura                              | ,925   |
|                                                                | Preocupación por la figura o por el peso                  | ,915   |
|                                                                | Importancia de la figura                                  | ,913   |
|                                                                | Importancia del peso                                      | ,913   |
|                                                                | Ventre plano                                              | ,919   |

Finalmente, a fin de favorecer la comparación de los resultados con los obtenidos en otros estudios, se analizó la consistencia interna de las subescalas del EDE original y se obtuvieron

alfas ligeramente inferiores a los obtenidos por la escala total y las subescalas de la versión adaptada ES-EDE y que oscilaron entre 0,851 y 0,928. La Tabla 33 muestra una información más detallada. El análisis de ítems volvió a reflejar un patrón equivalente al que emergió tras el análisis de la consistencia para la escala total. La eliminación de todos los ítems supuso una disminución en el alfa de la subescala salvo en el caso de tres, uno de ellos perteneciente a la subescala de restricción, *evitación de la ingesta*, otro perteneciente a la subescala de preocupación por la ingesta, *comer en secreto* y, el tercero, integrado en la subescala preocupación por el peso, *reacción a la prescripción de pesarse*.

**Tabla 33. Alfa de Cronbach para las cuatro subescalas. Análisis de los ítems representativos de cada uno.**

| SUBESCALAS                                     | ITEMS                                    | N= 145            |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
|                                                |                                          | $\alpha$ Cronbach |
| <b>RESTRICCIÓN</b><br>$\alpha = ,820$          | Restricción de la ingesta                | ,751              |
|                                                | Evitación de la ingesta                  | ,826              |
|                                                | Estómago vacío                           | ,833              |
|                                                | Evitación de alimentos                   | ,762              |
|                                                | Normas alimentarias                      | ,738              |
| <b>PREOCUPACIÓN INGESTA</b><br>$\alpha = ,858$ | Preoc. por ingesta, alimentos o calorías | ,803              |
|                                                | Miedo de perder el control al comer      | ,833              |
|                                                | Comer en público                         | ,822              |
|                                                | Comer en secreto                         | ,877              |
|                                                | Culpabilidad por comer                   | ,802              |
| <b>PREOCUPACIÓN PESO</b><br>$\alpha = ,851$    | Insatisfacción con el peso               | ,797              |
|                                                | Deseo de perder peso                     | ,803              |
|                                                | Reacción a la prescripción de pesarse    | ,856              |
|                                                | Preocupación por la figura o peso.       | ,839              |
|                                                | Importancia del peso                     | ,798              |
| <b>PREOCUPACIÓN FIGURA</b><br>$\alpha = ,928$  | Insatisfacción con la figura             | ,913              |
|                                                | Preocupación por la figura o peso        | ,924              |
|                                                | Importancia de la figura                 | ,918              |
|                                                | Miedo a engordar                         | ,915              |
|                                                | Incomodidad al ver el cuerpo             | ,913              |
|                                                | Evitación de la exposición               | ,919              |
|                                                | Sentimientos de gordura                  | ,920              |
|                                                | Ventre plano                             | ,925              |



Los resultados indican que el ES-EDE presenta un grado de consistencia interna excelente,  $\alpha = 0,959$  para la escala total y con alfas de  $\alpha = 0,939$  a  $\alpha = 0,931$  para las dimensiones obtenidas tras la solución rotada. Esto verifica la homogeneidad de los ítems que componen los dominios y justifica que la suma de los ítems se erija como medida unitaria de los constructos, tanto en el caso de la escala total como en el caso de las dos dimensiones.

Sin embargo, algunos autores señalan que un alfa elevado, como es el caso, no siempre es sinónimo de mejor, ya que por encima de 0,90, podría indicar la redundancia de los ítems y no la consistencia u homogeneidad de los mismos (Streiner, 2003). Tampoco conviene olvidar que, la homogeneidad verificada, expresada mediante la relación de elementos, no necesariamente equivale a la homogeneidad conceptual (Morales, 2006).

Los resultados corroboran, también, el comportamiento disonante de los ítems *evitación de la ingesta* y *comer en secreto* que ya se había manifestado en los resultados del AFE. El análisis de ítems revela que en ausencia de estos ítems, el alfa de la escala se eleva ligeramente. Estos resultados, no se reproducen en el análisis de la subescalas del ES-EDE debido a que estos ítems no saturaron por encima de 0,50 en las dimensiones derivadas del AFE para la versión adaptada y en consecuencia, no están incluidos en las subescalas del ES-EDE.

## **5. ACUERDO ENTRE JUECES**

---

### **5.1. Objetivos**

El EDE basa la asignación de puntuaciones en el juicio del entrevistador. En consecuencia, el análisis de la varianza del examinador, resulta especialmente importante como fuente de varianza de error, por lo que se requiere examinar la concordancia de las estimaciones realizadas por distintos jueces. El trabajo pretende examinar la fiabilidad de los datos facilitados por el ES-EDE a partir del acuerdo entre jueces. Además, la concordancia o no de las puntuaciones entre jueces permitirá testar la eficacia del programa de entrenamiento diseñado e implementado para la administración del instrumento y que se ha descrito detalladamente en apartados anteriores de este trabajo.

### **5.2. Diseño metodológico**

Con el fin de prevenir y evitar sesgos en la investigación se utilizó el ensayo a ciegas o enmascarado, de modo que las entrevistadoras desconocían el grupo de adscripción de las personas a las que estaban entrevistando. A fin de optimizar el ciego y, en aras a mejorar la sensibilidad del estudio, los tres grupos de la muestra se homogeneizaron y cada paciente se emparejó con una restrictora y una no restrictora. Las variables que se tuvieron en cuenta de cara al emparejamiento fueron las que la teoría considera importantes, edad y sexo. En nuestro caso, hubiera sido interesante tener en cuenta la talla y el peso, ya que estas dos variables hubieran asegurado el parecido físico de los tres grupos y el ciego para las entrevistadoras hubiera quedado garantizado. Sin embargo, resulta altamente improbable encontrar personas de peso extremadamente bajo sin que estén afectadas por TCA o por una enfermedad física grave, por lo que esta posibilidad quedó desestimada.

### 5.3. Participantes

La fiabilidad interjueces se sometió a análisis utilizando tres entrevistadoras y 78 participantes, (26 pacientes con diagnóstico de TCA, 26 restrictoras y 26 no restrictoras). Tal como habíamos adelantado, también en esta ocasión, adoptamos el mismo procedimiento que aplicaron los autores de la entrevista, 3 jueces entrenados (Cooper y Fairburn, 1987).

### 5.4. Procedimiento

La estimación de la fiabilidad para las puntuaciones del ES-EDE, se realizó a través del procedimiento de acuerdo entre jueces. Se utilizaron tres jueces, cada juez administró 26 entrevistas y codificó las 52 grabaciones de las entrevistas administradas por las otras dos jueces. Asimismo y con el fin de neutralizar sesgos que pudieran derivarse de la asignación desigual, se cuidó que cada entrevistadora evaluara a un número proporcional y equivalente de casos clínicos, restrictoras y no restrictoras. La distribución se presenta en la Tabla 34.

Las estrategias más comúnmente utilizadas para calcular en qué medida los resultados obtenidos por dos o más observadores muestran equivalencia son el coeficiente de correlación de producto-momento de Pearson ( $r$ ) en variables con distribuciones simétricas y el coeficiente rho de Spearman cuando las variables presentan distribuciones asimétricas.

**Tabla 34. Entrevistas realizadas por cada entrevistadora en función del grupo.**

| ENTREVISTADORES  | Caso clínico | Restrictora | No restrictora | TOTAL |
|------------------|--------------|-------------|----------------|-------|
| Entrevistadora 1 | 9            | 9           | 8              | 26    |
| Entrevistadora 2 | 8            | 9           | 9              | 26    |
| Entrevistadora 3 | 9            | 8           | 9              | 26    |
| TOTAL POR GRUPO  | 26           | 26          | 26             | 78    |

Dada la naturaleza asimétrica de las variables, en este estudio se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman. Las decisiones estadísticas se realizaron adoptando un nivel

alfa de significación de 0,01 ( $p < 0,01$ ). A pesar de que, en este trabajo, la estructura dimensional propuesta por los autores de la versión original no ha recibido confirmación empírica, se analizó la concordancia de las puntuaciones del total de la escala, de las subescalas que se derivaron del AFE y el acuerdo ítem a ítem, pero, también, la concordancia de las puntuaciones para cada una de las subescalas del EDE original. Se pretende, así, favorecer la comparación de los resultados obtenidos con los estudios realizados hasta el momento que, mayoritariamente, abordan el análisis de las cuatro subescalas propuestas por los autores.

## 5.5. Resultados

La Tabla 35 muestra las correlaciones que se obtuvieron para cada una de las subescalas y la puntuación total tanto de la versión original inglesa EDE como de la versión adaptada del instrumento ES-EDE. Cabe destacar que todos los valores se situaron por encima de 0,90 con la excepción de uno correspondiente a la Subescala de restricción de la Escala original que, aunque cercano a 0,90, se muestra ligeramente más bajo 0,88.

**Tabla 35. Acuerdo entre jueces para las subescalas y la escala total del EDE original y del ES-EDE.**

| Subescalas EDE original              | E-J1       | E-J2       | J1-J2      |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|
| Restricción                          | ,98        | ,88        | ,90        |
| Preocupación por la ingesta          | ,98        | ,99        | ,98        |
| Preocupación por el peso             | ,95        | ,97        | ,95        |
| Preocupación por la figura           | ,96        | ,95        | ,97        |
| <b>TOTAL EDE original</b>            | <b>,98</b> | <b>,97</b> | <b>,97</b> |
| SUBESCALAS ES-EDE                    | E-J1       | E-J2       | J1-J2      |
| Sobrevaloración del peso y la figura | ,97        | ,97        | ,97        |
| Restricción                          | ,96        | ,95        | ,97        |
| <b>TOTAL ES-EDE</b>                  | <b>,97</b> | <b>,97</b> | <b>,98</b> |

Un análisis más pormenorizado ítem a ítem indica un acuerdo excelente entre los jueces ya que solamente 3 ítems obtuvieron valores por debajo de 0,80, *Restricción de la ingesta* 0,79, *Normas alimentarias* 0,77, *Ventre plano* 0,76 y 0,75.

**Tabla 36. Coeficiente de Rango de Spearman. Análisis de Ítems.**

| ÍTEM                                                     | N=108 |      |       |
|----------------------------------------------------------|-------|------|-------|
|                                                          | E-J1  | E-J2 | J1-J2 |
| Restricción de la ingesta                                | ,93   | ,79  | ,89   |
| Evitación de la ingesta                                  | ,92   | ,85  | ,93   |
| Estómago vacío                                           | ,97   | ,92  | ,90   |
| Evitar alimentos                                         | ,90   | ,90  | ,82   |
| Normas alimentarias                                      | ,93   | ,77  | ,82   |
| Preocupación por los alimentos la ingesta y las calorías | ,99   | ,97  | ,97   |
| Miedo de perder el control al comer                      | ,88   | ,94  | ,90   |
| Comer en público                                         | ,82   | ,96  | ,88   |
| Comer en secreto                                         | ,95   | ,89  | ,84   |
| Culpabilidad por comer                                   | ,98   | ,98  | ,97   |
| Insatisfacción con el peso                               | ,89   | ,96  | ,89   |
| Deseo de perder peso                                     | ,94   | ,93  | ,90   |
| Reacción ante la prescripción de pesarse                 | ,84   | ,92  | ,80   |
| Insatisfacción con la figura                             | ,95   | ,91  | ,91   |
| Preocupación por la figura o por el peso                 | ,93   | ,97  | ,95   |
| Importancia de la figura                                 | ,89   | ,85  | ,84   |
| Importancia del peso                                     | ,91   | ,87  | ,88   |
| Miedo a engordar                                         | ,94   | ,90  | ,96   |
| Incomodidad al observar el cuerpo                        | ,96   | ,88  | ,86   |
| Evitación de la exposición                               | ,97   | ,95  | ,97   |
| Sentimientos de gordura                                  | ,85   | ,88  | ,95   |
| Ventre plano                                             | ,77   | ,76  | ,84   |

## 5.6. Conclusiones

La fiabilidad medida a través del grado de acuerdo entre jueces verifica un grado de concordancia excelente que supera el grado de acuerdo entre jueces logrado en estudios

(Grilo, Masheb, Lozano-Blanco y Barry, 2004; Rizvi, Peterson, Crow y Agras, 2000; Rosen, Vara, Wendt y Leitenberg, 1990).

Estos resultados confirman también, de forma cautelar, la eficacia del entrenamiento que se había diseñado e implementado en fases previas del estudio. Sin embargo, se ha de tener presente que los coeficientes de correlación tanto producto-momento de Pearson como rho de Spearman, se prestan a equívoco, ya que ambos dan cuenta de la covariación de las estimaciones pero no del acuerdo entre una valoración y otra. Éste es un aspecto especialmente sensible cuando las estimaciones constituyen un juicio clínico y persiguen emitir un diagnóstico. A fin de estimar la fiabilidad a partir del acuerdo se recomienda el Coeficiente de Fiabilidad Intraclass (CCI) (Shrout y Fleiss, 1979) cuando se trabaja con variables continuas y el índice kappa cuando se trabaja con variables categóricas. Se ha demostrado que ambos coeficientes son matemáticamente equivalentes (Fleiss y Cohen, 1973). Puesto que una de las virtualidades del ES-EDE es emitir un diagnóstico, la eficacia del entrenamiento debería examinarse con criterios más restrictivos, por lo que estos resultados se complementaron mediante el examen del acuerdo diagnóstico aplicando los estadísticos sugeridos. Los resultados se presentarán en un apartado posterior de este trabajo, véase Tabla 46, página 196.

## **6. FUNCIONAMIENTO DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA ES-EDE**

---

La revisión de los resultados obtenidos a partir de los análisis realizados se planteó algunos interrogantes en torno al funcionamiento de la escala ES-EDE. Por un lado, los ítems Evitación de la ingesta y Comer en secreto, que definen conductas prototípicas de los TCA y que desde el punto de vista teórico juegan un papel cardinal en la psicopatología de los TCA, presentaron las correlaciones más bajas respecto al primer factor no rotado, no saturaron en ninguna de las dos dimensiones derivadas del análisis factorial y su eliminación se tradujo en una mejora del índice de consistencia interna de la escala.

### **6.1. Objetivos**

El objetivo de este capítulo fue someter a análisis el comportamiento de los ítems que componen la escala ES-EDE con una triple finalidad:

- Examinar las tendencias de respuesta de las participantes en el estudio a fin de aislar perfiles diferenciados en función de la relevancia psicopatológica y clínica de los mismos.
- Identificar errores en el procedimiento de adaptación, el entrenamiento o la administración de la entrevista a partir de las inconsistencias en las tendencias de respuesta a los ítems.
- Verificar si la concordancia con el criterio externo de diagnóstico del psiquiatra mejoraba al utilizar las categorías derivadas de la tipificación y distribución en intervalos propuesta por los investigadores para el ES-EDE.

### **6.2. Procedimiento**

El examen del ES-EDE, se realizó a través del análisis de las puntuaciones directas que se obtuvieron en cada uno de los 22 ítems que componen la escala. Los 22 ítems constituyen un conjunto de variables métricas que adoptan un valor mínimo de cero, lo que indica

ausencia de la característica psicopatológica y un valor máximo de seis en la dirección psicopatológica. Sin embargo, tal como se ha señalado en apartados anteriores, los ítems *Miedo de perder el control al comer*, *Insatisfacción con el peso*, *Reacción a la prescripción de pesarse* y *Evitación de la exposición* pueden puntuarse con un 9 y los ítems *Sentimientos de gordura* y *Estómago plano* con un 7. Las puntuaciones 9 y 7, no son puntuaciones métricas por lo que, al igual que en análisis precedentes, se trataron como valores perdidos y se eliminaron del análisis, quedando reducida la muestra inicial de 145 sujetos a 108.

Dado que los autores de la escala original no proporcionan ni baremos, ni puntos de corte precisos que permitan establecer límites claros para diferenciar las respuestas normales de las patológicas, se intentó aislar las respuestas clínicamente más significativas de las no significativas a través del procedimiento que se describe a continuación:

Tras calcular las puntuaciones totales de la escala para cada sujeto, se procedió a su tipificación y distribución en intervalos. El tratamiento al que se sometieron los datos permitió clasificar las puntuaciones totales de los 108 sujetos en los siguientes intervalos: *bajo*, *medio-bajo*, *medio-alto*, *alto* y *muy alto*. Estas categorías se establecieron a partir de los intervalos surgidos de acuerdo con el criterio de razón siguiente:  $Z \pm (1...2)S$ . Posteriormente, los cinco intervalos se transformaron en tres, optando deliberadamente a la hora de establecer los criterios de discriminación por aquellos rangos con puntuaciones más extremas al objeto de asegurar que la escala distingue las conductas más patológicas de aquéllas que no lo son, dando lugar a dos categorías conceptuales contrapuestas: *Patológica*, que reúne a aquellos que se sitúan en el intervalo superior y *No patológica* que incluye a quienes se sitúan en el intervalo inferior. Entre ambos, existe un intervalo intermedio que se denominó: *dudosos*, que corresponde a todo un conjunto de casos que no alcanzan puntuaciones extremas. Conviene a este respecto matizar que la razón de esta denominación: *dudosa*, se deriva de la indefinición de la propia escala ES-EDE a la hora de establecer los límites superiores e inferiores que discriminan los comportamientos patológicos de los que no lo son.

El lector deberá considerar que los perfiles descritos no se corresponden con las categorías diagnósticas que definen un caso de AN, BN o TCA no especificado, es decir, aunque



ciertamente las puntuaciones altas constituyen índices de psicopatología elevados, desconocemos si equivalen a la lógica de los sistemas de clasificación vigentes que se utilizan para establecer el límite entre un caso y un no caso y emitir un diagnóstico.

## 6.3. Resultados

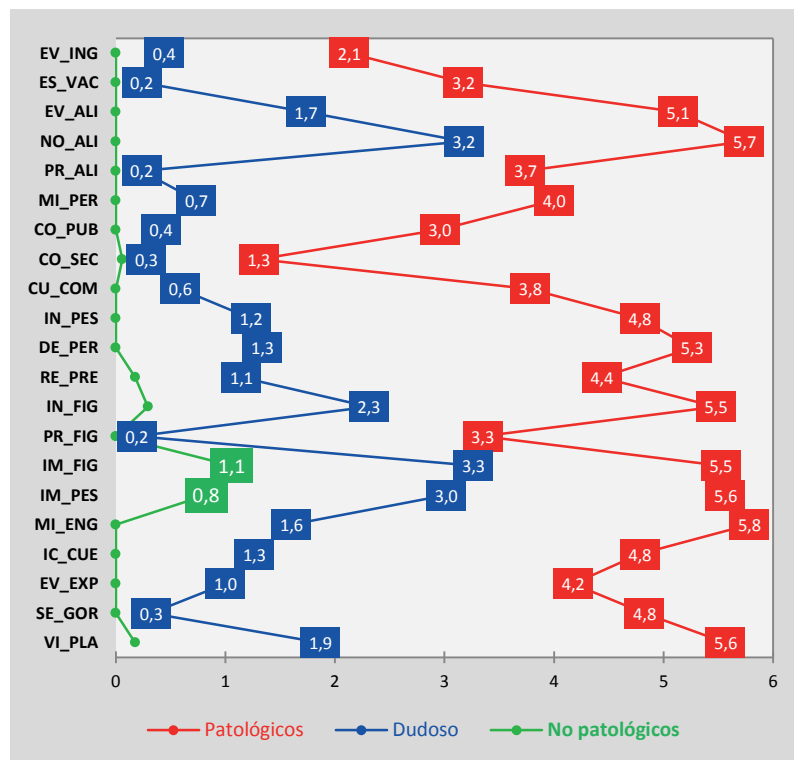
### 6.3.1. Perfiles psicopatológicos

Los resultados obtenidos a partir de las respuestas que proporcionaron las participantes se presentan en el Gráfico 7 y revelan tres perfiles claramente diferenciados. El perfil más extremo en la dirección psicopatológica destacó por su elevación en las puntuaciones promedio, la mayoría de ellas se situaron entre 4 y 6; sin embargo, los promedios de los ítems *Evitación de la Ingesta* y *Comer en secreto*, cayeron significativamente por debajo de la media del perfil, indicando que quienes puntúan consistentemente en el rango de puntuaciones más alto, al responder a estos ítems, tienden a puntuar en el rango medio-bajo, asemejándose más al grupo intermedio que a su propio grupo de referencia: *patológico*. Esta tendencia a puntuar por debajo del perfil también se produce en otros tres ítems aunque, en estos casos, la caída no es tan acusada: *estómago vacío*, *comer en público* y *preocupación por la figura*. Por otro lado, destacan particularmente, los ítems *restricción de la ingesta*, *evitación de alimentos*, *normas alimentarias*, *deseo de perder peso*, *insatisfacción con la figura*, *importancia de la figura*, *importancia del peso*, *miedo a engordar* y *vientre plano* obtienen puntuaciones promedio entre 5 y 6, erigiéndose como el conjunto de actitudes y conductas que mejor definen el perfil psicopatológico de la muestra en este estudio.

El segundo perfil que hemos denominado *Dudoso*, promedió valores que oscilaron entre (0,19) y (1,87), sugiriendo que, estas participantes, al responder se distancian del grupo *patológico* y se asemejan más al grupo *no patológico*. No obstante, cuatro ítems se desmarcan de esta tendencia, *restricción de la ingesta*, *normas alimentarias*, *importancia de la figura* e *importancia del peso* y presentan una elevación significativa de las puntuaciones

con respecto a la media del perfil *dudoso* de modo que, en estos ítems, aunque los promedios no alcanzan el rango *Patológico* se aproximan mucho a él.

**Gráfico 7. Perfiles del ES-EDE obtenidos a partir de las puntuaciones directas tipificadas.**



Finalmente se identifica un tercer perfil prácticamente plano, que presenta las puntuaciones en el rango más bajo y promedios en torno a 0 (expresión de una situación normalizada) aunque los ítems: *Importancia del peso* (0,8) e *Importancia de la figura* (1,1) vuelven a mostrar una ligera elevación sobre la tendencia de respuesta general del grupo *No patológico*.

### 6.3.2. Concordancia/Discordancia de los diagnósticos

Puesto que el análisis discriminante reveló inconsistencias y un nivel de confusión significativo entre la clasificación diagnóstica facilitada por los psiquiatras y las clasificaciones

generadas a partir del ES-EDE, nos propusimos verificar si la concordancia mejoraba al utilizar para el ES-EDE, las categorías derivadas de la tipificación y distribución en intervalos propuesta por los investigadores:

**Tabla 37. Porcentajes de la concordancia entre el diagnóstico del psiquiatra y la clasificación derivada de las puntuaciones tipificadas del ES-EDE.**

| Diagnóstico<br>psiquiatra | PUNTUACIONES ESCALA |         |              |       |
|---------------------------|---------------------|---------|--------------|-------|
|                           | PATOLOGÍA           | DUDOSO  | NO PATOLOGÍA | TOTAL |
| AN                        | 70,00%              | 30,00%  | 0,00%        | 100%  |
| BN                        | 75,00%              | 25,00%  | 0,00%        | 100%  |
| TCA ne                    | 46,15%              | 53,85%  | 0,00%        | 100%  |
| CASO EN REMISIÓN          | 0,00%               | 100,00% | 0,00%        | 100%  |
| NO CASO                   | 5,63%               | 70,42%  | 23,94%       | 100%  |
| TODOS                     | 21,30%              | 62,96%  | 15,74%       | 100%  |

Como puede apreciarse en la Tabla 37, cuando se utilizan las categorías derivadas de la tipificación y distribución en intervalos propuesta por los investigadores, la escala ES-EDE acredita, en lo que respecta a los perfiles más elevados, un grado de concordancia alto con la clasificación facilitada por el psiquiatra; así, el 70% de las anoréxicas y el 75% de las bulímicas diagnosticadas por los psiquiatras se sitúan en el intervalo de puntuaciones más altas según el ES-EDE. Sin embargo, la categoría diagnóstica de TCA no especificado muestra un grado de confusión notable: el 53,8 % de las personas diagnosticadas como TCA no especificado considerado de relevancia clínica, se situarían en el rango de puntuaciones intermedio del ES-EDE en lugar de, como cabría esperar, en el rango alto. En segundo lugar, el 100% de las personas atendidas en los servicios de salud pero que presentan una remisión del cuadro y según el psiquiatra se muestran asintomáticas, se ubican en el rango de puntuaciones intermedias del ES-EDE y no en el intervalo más elevado, indicando cierto grado de alteración y desajuste pero una relevancia clínica en remisión. Por último, es en la categoría de no caso en donde el grado de concordancia cae sustancialmente y presenta grados de confusión más elevados, solo un 23,94% de los no casos obtienen puntuaciones en el rango más bajo del ES-EDE y un 5,63% de los no casos se situarían en el grupo patológico.

## 6.4. Conclusiones

Los resultados revelan que la escala ES-EDE se muestra eficaz al identificar tendencias de respuesta claramente diferenciadas entre las personas que conformaron la muestra de 108 sujetos, confirmando que el instrumento funciona adecuadamente al definir distintos grados de patología y de ausencia de patología alimentaria. Sin embargo, un análisis más pormenorizado pone de relieve ciertas inconsistencias en el comportamiento de algunos ítems. Así, en contra de lo esperado, quienes se sitúan consistentemente en las posiciones psicopatológicas más elevadas del ES-EDE, cuando responden a los ítems *Evitación de la ingesta* y *Comer en secreto*, en lugar de puntuar coherentemente en el rango más alto, ofrecen respuestas que se asemejan más al grupo *dudoso* que al propio grupo pertenencia *Patológico*. Recordamos que en análisis precedentes ambos ítems mostraron comportamientos disonantes, presentaron las correlaciones más bajas respecto al primer factor no rotado, no saturaron en ninguna de las dos dimensiones derivadas del análisis factorial y su eliminación se tradujo en una mejora del índice de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de la escala.

Ahora bien, en este punto, la pregunta resulta obvia, ¿cuál es la razón por la que, inesperadamente, las personas de perfil psicopatológico alto tienden a facilitar respuestas de rango bajo en ambos ítems? En el intento por hallar una explicación plausible barajamos cuatro hipótesis que se desarrollan a continuación:

La primera hipótesis haría referencia a la relevancia psicopatológica de ambas conductas, esto es, ¿cabría cuestionar a partir de este hallazgo, si evitar la ingesta y comer en secreto constituyen indicadores de desajuste clínicamente significativo? Tanto las descripciones clínicas como la evidencia empírica reunida hasta el momento, indican que no; muy al contrario, ambas se reconocen como conductas prototípicas de los TCA. En lo que respecta a la evitación de la ingesta, está bien documentado que las personas afectadas por anorexia nerviosa permanecen periodos de tiempo prolongado sin comer y, que en las variantes bulímicas, dicha evitación funciona como precursor de los atracones; por otro lado, comer en secreto, encubrirlo u ocultarlo, está estrechamente vinculado a los sentimientos de culpa y vergüenza característicos de estos cuadros que tienen su origen en el incumplimiento del

entramado normativo que gobierna la conducta y la valoración personal, convirtiéndose en el eje que vertebra la vida de estas personas (Fairburn, 2003; Fairburn, 2008).

Confirmada la naturaleza cardinal de ambos síntomas, contemplamos una segunda hipótesis ¿cabría preguntarse si la tendencia a puntuar más bajo de lo esperado en estos ítems podría deberse a errores que se hubieran cometido en el proceso de adaptación, como por ejemplo, una formulación equívoca de las preguntas, la inclusión de términos desconocidos o inusuales, formulaciones excesivamente largas que pudieran condicionar la comprensión o la elaboración de la respuesta? En este sentido, revisamos la equivalencia semántica de los ítems con respecto a la versión original, también analizamos la formulación de los ítems pero no se hallaron niveles de complejidad suficientes que justificaran interferencias para la comprensión de la pregunta ni para la elaboración de la respuesta.

Desestimado el segundo supuesto, nos preguntamos si las bajas puntuaciones podrían tener su origen en fallos al administrar la prueba o al codificar de las respuestas, sugiriendo fisuras en la eficacia del entrenamiento. Este supuesto tampoco se antoja plausible, ya que, si las entrevistadoras no hubieran desarrollado adecuadamente la habilidad de búsqueda de información o la habilidad de codificación, las inconsistencias en las puntuaciones afectarían de forma homogénea a toda la entrevista y no selectivamente a estos dos ítems.

Finalmente, contemplamos, una cuarta posibilidad que haría referencia a la fiabilidad de las respuestas proporcionadas por las participantes. Es un hecho contrastado que las personas afectadas por TCA tratan de ocultar sus síntomas, en ocasiones lo hacen con el fin de evitar el tratamiento; ingieren, por ejemplo, grandes cantidades de líquido antes de pesarse a fin de encubrir el bajo peso derivado de la evitación de la ingesta; en otros casos, encubren los síntomas porque se avergüenzan de ellos como les sucede a las bulímicas con los atracones y la purga (Walsh y Satir, 2005). Por otro lado, la evitación de la ingesta y el ocultamiento, funcionan como indicadores de los trastornos y reciben, por ello, una sanción social negativa. Al hilo de este argumento, ¿cabría interpretar la negación de ambos síntomas, en personas con perfiles psicopatológicos elevados como un intento de eludir la intensificación del tratamiento y evitar la sanción social negativa? La dificultad en este punto radica en que no hay modo de contrastar si las participantes están respondiendo con sinceridad o no; al no

disponer de datos adicionales que posibiliten confirmar la veracidad de las respuestas, hemos de reconocer que nos movemos en el terreno meramente especulativo y que no estamos en condiciones de corroborar o desestimar con rotundidad esta hipótesis. Lo que sí parece incontestable es el hecho de que, en nuestra muestra, los ítems *Evitación de la ingesta* y *Comer en secreto*, en comparación con otros ítems de la escala ES-EDE, muestran, en contra de lo esperado, una capacidad exigua de discriminación psicopatológica.

La concordancia con el criterio externo de diagnóstico del psiquiatra mejora al utilizar las categorías derivadas de la tipificación y distribución en intervalos propuesta por los investigadores para el ES-EDE, especialmente en lo que respecta a las categorías más extremas, se mantiene sin embargo un grado de confusión significativo para los intervalos de puntuación intermedios y bajos que afectan particularmente a la categoría trastorno de alimentación no especificado y a los no casos.

## 7. LA VALIDEZ DE LA ESCALA ES-EDE: ANÁLISIS DISCRIMINANTE

---

Analizado el grado de consistencia interna de la escala se hace absolutamente necesario mirar hacia afuera. En los epígrafes anteriores hemos podido a través del análisis factorial cómo la escala ES-EDE presenta una estructura factorial que, aunque no es la que se esperaba a priori, tampoco carece de fundamento. En este sentido, hemos constatado la existencia de dos subdimensiones: *comer en secreto y preocupación por el peso y la figura* frente a las cuatro inicialmente previstas. Asimismo, el análisis de los ítems nos ha mostrado la consistencia de éstos para distinguir los casos patológicos de los que no, así como las incoherencias de algunos expresadas en determinados puntajes que expresan la dificultad para interpretar determinadas afirmaciones de la escala como patológicas en un contexto en el que el valor de la delgadez atraviesa culturalmente todo el espectro de público.

Pero, aunque los resultados muestran la existencia de datos relevantes, se trata en ambos casos de una mirada hacia el interior, no expresan nada respecto al objeto de estudio, es decir, respecto a la concordancia o no con las psicopatologías clínicas definidas desde instancias ajenas, en este caso diagnosticadas por el médico-psiquiatra, acordes a los criterios de clasificación establecidos por el DSM-IV.

Como puede fácilmente comprobarse estamos tocando el problema de la *validez*. Como es de sobra conocido, la validez es una propiedad de las escalas por la que se trata de calibrar si estas herramientas miden lo que supuestamente dicen que miden, en este caso los TCAs. A diferencia de la fiabilidad, la validez requiere de un criterio de contrastación externo, de ahí nuestra expresión inicial: *“es necesario mirar hacia afuera”*; en el caso que nos ocupa, todo lo dicho respecto a la escala ES-EDE carecería de sentido si no se contrastan los resultados de la misma con las clasificaciones clínicas habidas y realizadas por los especialistas.

Consecuentemente, esto nos lleva a la necesidad de pasar del mero análisis exploratorio a otro de carácter confirmatorio. No podemos olvidar que el objetivo acá es poder responder a la siguiente pregunta: ¿concuerdan los resultados obtenidos por la escala ES-EDE con el diagnóstico del especialista clínico? Si no es así, ¿quién es el que se equivoca? Por lo tanto, en los epígrafes que vienen a continuación la investigación adopta un punto de vista distinto.

## 7.1. Variables discriminantes y matrices de confusión

### 7.1.1. Selección de variables: fundamentos

Como es de sobra conocido, el análisis discriminante es una técnica de análisis multivariante cuya finalidad principal es construir un modelo predictivo a partir del análisis de las informaciones proporcionadas por una serie de variables (variables discriminantes) que tienen por finalidad última comprobar hasta qué punto las clasificaciones obtenidas del análisis de las variables discriminantes coinciden o no con clasificaciones realizadas ad hoc e incluidas a modo de variables dependientes por otros individuos. Consecuentemente, además de procesar la información de un conjunto de variables introducidas como criterios explicativos, el AD pretende llegar al establecimiento de categorías o criterios clasificatorios.

El AD, a diferencia del análisis factorial en sus distintas versiones, que pretende conocer la estructura latente de un fenómeno complejo y que generalmente tiene un carácter exploratorio, tiene un carácter confirmatorio. En nuestra investigación partimos de una información diagnóstica realizada por el psiquiatra en relación a los trastornos alimentarios para cada uno de los 145 casos analizados, está recogida en la variable: *diagcrit*, según la cual, nuestra muestra está clasificada según los siguientes criterios obtenidos a partir de la clasificación obtenida del DSM-IV:

**Tabla 38. Clasificaciones diagnósticas establecidas por el psiquiatra y recogidas en la variable: *diagcrit*, que van a ser corroboradas mediante el análisis discriminante**

| COD    | NOMBRE                                             |
|--------|----------------------------------------------------|
| AN     | Anorexia nerviosa                                  |
| BN     | Bulimia nerviosa                                   |
| TCA_NE | Trastornos de conducta alimentaria no especificado |
| REM    | Casos en remisión                                  |
| NC     | No casos                                           |



Primer paso. ¿Qué variables tienen capacidad discriminatoria en los TCAs?

A pesar de que tal y como hemos visto en el análisis factorial los 22 ítems utilizados de la escala ES-EDE manifiestan un alto grado de univocidad y consistencia interna, justificado por el hecho de que se agrupan en un solo factor, no obstante desconocemos su capacidad de discriminación si es que la tienen, a partir de las categorías diagnósticas comentadas.

El AD sin embargo nos permite conocer de un conjunto de variables cuáles son aquellas que tienen más peso a la hora de explicar la conformación de los grupos, en nuestro caso de las 5 categorías diagnósticas. Dado que hemos utilizado la técnica de AD stepwise (paso a paso), por la que se van seleccionando de forma aditiva las variables según su poder discriminatorio, empezando por una sola variable, después dos, tres... hasta que el incremento de nuevas variables no supongan un incremento del poder discriminador, el resultado de todo ello ha sido el expresado en la Tabla 39.

Tal y como puede apreciarse, el AD ha ido añadiendo progresivamente diferentes variables que tienen incidencia significativa en los trastornos de conducta alimentaria, conformando cinco grupos estadísticamente significativos, acordes al nivel de probabilidad en la distribución F de Fisher, siguiendo la metodología stepwise, que va incorporando de forma progresiva una variable hasta conformar grupos estadísticamente significativos. Obsérvese que en todos los grupos el riesgo de rechazar la hipótesis nula (es decir, que no tiene poder discriminador en este caso) es inferior al 0,01% y que el grupo quinto está conformado por las siguientes variables: a) preocupación por los alimentos, ingesta y calorías; b) miedo a perder el control por comer; c) comer es secreto; d) culpabilidad por comer; y e) insatisfacción con el peso.

**Tabla 39. AD (método stepwise) Variables discriminantes obtenidas según su poder discriminador F de Fisher.**

| GRUPO | VARIABLES | NOMBRE                                     | R <sup>2</sup><br>parcial | F      | Pr > F   | Lambda<br>de Wilks | Pr <<br>Lambda |
|-------|-----------|--------------------------------------------|---------------------------|--------|----------|--------------------|----------------|
| 1     | E_e12_Ei  | Preocupación, alimentos, ingesta, calorías | 0,549                     | 42,558 | < 0,0001 | 0,451              | < 0,0001       |
|       |           |                                            |                           |        |          |                    |                |
| 2     | E_e12_Ei  | Preocupación, alimentos, ingesta, calorías | 0,233                     | 10,544 | < 0,0001 | 0,346              | < 0,0001       |
|       | E_e30_el  | Culpabilidad por comer                     |                           |        |          |                    |                |
| 3     | E_e12_Ei  | Preocupación, alimentos, ingesta, calorías | 0,167                     | 6,897  | < 0,0001 | 0,289              | < 0,0001       |
|       | E_e13_el  | Miedo a perder el control por comer        |                           |        |          |                    |                |
|       | E_e30_el  | Culpabilidad por comer                     |                           |        |          |                    |                |
| 4     | E_e12_Ei  | Preocupación, alimentos, ingesta, calorías | 0,106                     | 4,040  | 0,004    | 0,258              | < 0,0001       |
|       | E_e13_el  | Miedo a perder el control por comer        |                           |        |          |                    |                |
|       | E_e29_Ei  | Comer en secreto                           |                           |        |          |                    |                |
|       | E_e30_el  | Culpabilidad por comer                     |                           |        |          |                    |                |
| 5     | E_e12_Ei  | Preocupación, alimentos, ingesta, calorías | 0,083                     | 3,081  | 0,018    | 0,237              | < 0,0001       |
|       | E_e13_el  | Miedo a perder el control por comer        |                           |        |          |                    |                |
|       | E_e29_Ei  | Comer en secreto                           |                           |        |          |                    |                |
|       | E_e30_el  | Culpabilidad por comer                     |                           |        |          |                    |                |
|       | E_e50_eP  | Insatisfacción con el peso                 |                           |        |          |                    |                |

Vemos que en primer lugar, la variable preocupación por los alimentos, la ingesta y las calorías aparece destacada del resto, la  $F = 42,558$ ; a continuación la variable culpabilidad por comer ( $F = 10,544$ ) y después, miedo a perder el control por comer ( $F = 6,897$ ); constituyen por así decirlo, “el triángulo mágico” que está en la base de la autoimagen construida por las personas que padecen trastornos de conducta alimentaria. De este modo, la conducta patológica se mueve en un complejo: preocupación, control y culpabilidad, que está en la base de este tipo de comportamientos. A partir de aquí, la inclusión de nuevas variables que conforman los dos nuevos grupos que siguen, aunque siguen siendo estadísticamente significativos, apenas introducen nuevos elementos explicativos, excepto la secrecía y la insatisfacción asociadas.

Segundo paso. Los factores de la función discriminante

El AD idénticamente al análisis factorial de componentes principales procesa la información de las variables introducidas y proporciona una interpretación de las mismas sobre la base de la obtención de aquellos factores que son más significativos. Prácticamente se trata de una repetición, como no podía ser de otra forma, del análisis factorial efectuado en los epígrafes anteriores.

Siguiendo la técnica de análisis factorial de componentes principales los factores-componentes obtenidos han sido los siguientes:

**Tabla 40. AD. Componentes principales obtenidos**

| PRÁMETROS          | F1    | F2    | F3   | F4   |
|--------------------|-------|-------|------|------|
| Valor propio       | 1,92  | 0,27  | 0,11 | 0,02 |
| Discriminación (%) | 82,64 | 11,73 | 4,71 | 0,90 |
| % acumulado        | 82,6  | 94,3  | 99,0 | 100  |

Como es de sobra conocido, la técnica de componentes principales trata de llegar al 100% de la varianza explicada, consecuentemente obtiene el número de factores necesarios para tal fin. No obstante, en la Tabla 40 puede observarse que, de idéntica forma a lo que sucedía en el análisis factorial, prácticamente se ha obtenido un solo factor que explica el 82,64% de la varianza total explicada, el detalle del carácter de este factor viene explicado en la Tabla 41 que a continuación aparece:

Tabla 41. Detalle del AF. Correlaciones de las variables en los factores

| ITEMS                                     | CODIGO       | F1           | F2     | F3     | F4     |
|-------------------------------------------|--------------|--------------|--------|--------|--------|
| Preocupación alimentos, ingesta, calorías | E_e12_Ei     | <b>0,897</b> | -0,148 | -0,384 | 0,068  |
| Miedo de perder el control al comer       | E_e13_el     | <b>0,861</b> | 0,091  | 0,282  | 0,352  |
| Culpabilidad por comer                    | E_e30_el     | <b>0,829</b> | 0,442  | -0,090 | -0,323 |
| Preocupación por la figura o por el peso  | E_e55_eP_eF  | <b>0,771</b> | 0,076  | -0,375 | 0,040  |
| Miedo a engordar                          | E_e62_eF_diA | <b>0,717</b> | 0,243  | 0,069  | 0,120  |
| Incomodidad al observar el cuerpo         | E_e65_eF     | <b>0,706</b> | 0,190  | -0,031 | 0,174  |
| Estómago vacío                            | E_e09_eR     | <b>0,687</b> | 0,269  | 0,014  | 0,012  |
| Comer en público                          | E_e28_el     | <b>0,671</b> | 0,215  | -0,129 | -0,232 |
| Evitación de la exposición                | E_e66_eF     | <b>0,665</b> | 0,136  | 0,041  | 0,052  |
| Insatisfacción con la figura              | E_e54_eF     | <b>0,648</b> | 0,359  | -0,015 | 0,103  |
| Importancia del peso                      | E_e59_eP_diB | <b>0,646</b> | 0,210  | 0,007  | 0,109  |
| Importancia de la figura                  | E_e56_eF_diB | <b>0,619</b> | 0,235  | -0,032 | 0,176  |
| Comer en secreto                          | E_e29_Ei     | <b>0,591</b> | -0,331 | 0,390  | -0,362 |
| Insatisfacción con el peso                | E_e50_eP     | <b>0,521</b> | 0,561  | -0,121 | 0,176  |
| Ventre plano                              | E_e70_eF     | <b>0,489</b> | 0,125  | -0,001 | 0,177  |
| Normas alimentarias                       | E_e11_Er     | <b>0,488</b> | 0,238  | 0,051  | 0,166  |
| Sentimientos de gordura                   | E_e67_eF_diA | <b>0,482</b> | 0,175  | -0,120 | 0,171  |
| Deseo de perder peso                      | E_e51_eP     | <b>0,450</b> | 0,341  | -0,023 | 0,079  |
| Reacción ante la prescripción de pesarse  | E_e53_eP     | <b>0,431</b> | 0,252  | 0,015  | 0,131  |
| Restricción ingesta                       | E_e07_eR     | <b>0,408</b> | 0,304  | 0,015  | 0,147  |
| Evitación de alimentos                    | E_e10_eR     | <b>0,397</b> | 0,365  | 0,007  | 0,018  |
| Evitación de la ingesta                   | E_e08_eR     | <b>0,281</b> | 0,330  | -0,072 | 0,011  |
| PUNTUACION TOTAL ESCALA                   | PT_EDE22     | <b>0,814</b> | 0,311  | -0,035 | 0,113  |

Los datos corroboran lo dicho en el punto anterior, preocupación, control y culpabilidad constituyen por este orden los criterios discriminantes más importantes, no obstante, puede apreciarse que la práctica totalidad de los ítems tienen correlaciones altamente significativas en el factor I.

Tercer paso. La confirmación o no de los grupos de diagnóstico

Una de las grandes ventajas del AD, como ya se ha dicho anteriormente es que permite la confirmación de la información suministrada con criterios ad hoc. Consecuentemente, la

cuestión radica en comprobar si los cinco grupos de diagnósticos realizados por el psiquiatra aparece o no confirmados a partir de las variables discriminantes utilizadas.

El AD somete a prueba cada uno de los 145 casos analizados y determina cuál es el grado de probabilidad con el que cada uno pertenece a una categoría diagnóstica u otra- El detalle de la estimación de los 10 primeros casos, con el consiguiente cálculo de probabilidad de pertenencia a cada una de las categorías diagnósticas, aparece recogido en la Tabla 42:

**Tabla 42. AD. Tabla de Validación cruzada: clasificación a priori y a posteriori, probabilidades de pertenencia a cada una de las categorías diagnósticas (muestra)**

| Observación | A priori | A posteriori  | AN           | BN    | NC           | REM   | TCA_NE       | TOTAL        |
|-------------|----------|---------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|--------------|
| Obs1        | NC       | NC            | 0,001        | 0,000 | <b>0,989</b> | 0,009 | 0,002        | <b>1,000</b> |
| Obs2        | NC       | NC            | 0,001        | 0,000 | <b>0,989</b> | 0,009 | 0,002        | <b>1,000</b> |
| Obs3        | AN       | <b>TCA_NE</b> | 0,010        | 0,002 | 0,244        | 0,186 | <b>0,559</b> | <b>1,000</b> |
| Obs4        | NC       | NC            | 0,002        | 0,000 | <b>0,989</b> | 0,008 | 0,001        | <b>1,000</b> |
| Obs5        | NC       | NC            | 0,004        | 0,000 | <b>0,988</b> | 0,007 | 0,001        | <b>1,000</b> |
| Obs6        | AN       | AN            | <b>0,980</b> | 0,000 | 0,001        | 0,001 | 0,018        | <b>1,000</b> |
| Obs7        | NC       | NC            | 0,001        | 0,000 | <b>0,989</b> | 0,009 | 0,002        | <b>1,000</b> |
| Obs8        | NC       | NC            | 0,001        | 0,000 | <b>0,989</b> | 0,009 | 0,002        | <b>1,000</b> |
| Obs9        | NC       | <b>TCA_NE</b> | 0,229        | 0,217 | 0,026        | 0,002 | <b>0,526</b> | <b>1,000</b> |
| Obs10       | TCA_NE   | TCA_NE        | 0,087        | 0,406 | 0,000        | 0,000 | <b>0,506</b> | <b>1,000</b> |
| ...         | ...      | ...           | ...          | ---   | ---          | ---   | ---          | ---          |

Como puede comprobarse en la columna a priori aparece recogida la clasificación diagnóstica del caso hecha por el psiquiatra y en la columna a posteriori la resultante del AD después de procesar la información proveniente de las 22 variables discriminantes analizadas. Los datos correspondientes a las columnas de las distintas categorías diagnósticas representan el nivel de probabilidad de pertenencia a esa categoría. Para una observación pormenorizada de los 145 casos observados nos remitimos al Anexo 11 en la página 256.

### 7.1.2. Matriz de confusión

A pesar de este nombre, el AD proporciona una visión sintética, global, confirmatoria, del ajuste/desajuste de las categorías clasificatorias establecidas a priori, con aquéllas otras a posteriori, una vez procesada y analizada la información pertinente procedente de las variables discriminantes. Se llama matriz de confusión, véase la Tabla 43, a la tabla resumen que compara los dos criterios de clasificación y expresa el grado de concordancia existente (véase la columna % correcto).

La hipótesis nula, en el caso de la validez, es que si la escala ha sido bien construida es esperable que reproduzca con ciertas garantías los criterios a los cuales representa y que consecuentemente, los criterios diagnósticos coincidan. La denominada matriz de confusión del AD que representa el grado de coincidencia/no coincidencia de los criterios diagnósticos antes y después del análisis de la información suministrada es el mejor indicador del nivel de contrastación alcanzado en cuanto a la validez de la ES-EDE como criterio diagnóstico. El resultado obtenido del AD ha sido el siguiente:

**Tabla 43. AD. Matriz de confusión para Los resultados de validación cruzada.**

|                                                      | CLASIFICACIÓN A POSTERIORI A PARTIR DEL<br>ANÁLISIS DE LOS 22 ÍTEMS DE LA ES-EDE |    |    |     |     |        | TOTAL | %<br>CORRECTO |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|-----|--------|-------|---------------|
|                                                      | de \ a                                                                           | AN | BN | NC  | REM | TCA_NE |       |               |
| CLASIFICACIÓN A PRIORI<br>HECHA POR EL<br>PSIQUIATRA | AN                                                                               | 4  | 2  | 3   | 1   | 2      | 12    | 33,33%        |
|                                                      | BN                                                                               | 1  | 4  | 1   | 0   | 5      | 11    | 36,36%        |
|                                                      | NC                                                                               | 0  | 1  | 94  | 2   | 1      | 98    | 95,92%        |
|                                                      | REM                                                                              | 1  | 0  | 4   | 1   | 0      | 6     | 16,67%        |
|                                                      | TCA_NE                                                                           | 2  | 3  | 6   | 1   | 6      | 18    | 33,33%        |
| TOTAL                                                |                                                                                  | 8  | 10 | 108 | 5   | 14     | 145   | 75,17%        |

Del análisis de los datos de la Tabla 43 se desprenden las siguientes conclusiones:

- En primer lugar que la ES-EDE distingue perfectamente las situaciones patológicas de aquéllas que no lo son, el grado de concordancia en los *NO CASOS* es del 95,92%, es decir, prácticamente total.

- En segundo lugar, que no ocurre lo mismo por lo que respecta a los diagnósticos específicos. Vemos que el grado de concordancia baja prácticamente a la mitad en el caso de la anorexia nerviosa y en la bulimia; pasa lo mismo en esa categoría residual denominada TCA\_NE, que constituye una especie de *cul de sac* y que a la ES-EDE le cuesta mucho discriminar.
- Lo mismo sucede en la categoría en *remisión*, el grado de concordancia es prácticamente testimonial, 16,67%.

Esta concordancia “*a medias*” no cabe duda que plantea una pregunta o cuestión importante: ¿se debe a que la escala es incapaz de discriminar las diferentes patologías, o por el contrario, a que las categorías no estaban debidamente justificadas de acuerdo con el diagnóstico del DSMIV? Sin tratar de ser categóricos, nos atrevemos a apuntar a este razonamiento, aun reconociendo que posiblemente la ES-EDE debiera ser calibrada. ¿Por qué sostenemos esta afirmación? Desde nuestro punto de vista porque ya hemos visto al comparar los dos sistemas de diagnósticos DSMIV y DSMV, no olvidemos que éste último está derivado de aquél, que se han encontrado contradicciones entre los dos sistemas de diagnóstico, lo cual nos hace pensar que por razones que desconocemos la clasificación del psiquiatra presenta algún cuadro clínico confuso.

## 8. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ESCALA ES-EDE

Tal y como ha quedado expresado en el epígrafe metodológico Análisis Diagnóstico

, la escala ES-EDE contiene *un conjunto de ítems diagnósticos que al establecer el límite entre un caso y un no caso se erigen en indicadores o marcadores clínicos* (página 148). Consecuentemente, parece necesario analizar la correspondencia de este instrumento con instrumentos como el DSMIV y V que en la actualidad están sirviendo de referencia obligada en los sistemas de diagnóstico. El análisis diagnóstico ha sido realizado a partir de la relación de ítems recogidos en la propia escala que, como su nombre indica, son los que permiten establecer el cuadro de patologías clínicas. Básicamente los ítems diagnósticos utilizados abarcan todo un conjunto de aspectos patológicos concomitantes con los aspectos más destacados de los diferentes cuadros clínicos. A continuación, ver Tabla 44, se exponen las cuestiones recogidas, cada una de ellas ha sido puntuada y valorada en función de su menor/mayor grado de intensidad:

**Tabla 44. Ítems diagnósticos, DIMENSIONES consideradas**

| ITEMS DIAGNÓSTICOS                                       |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Episodios bulímicos y otros episodios de sobreingesta    | <p><b>LOS ITEMS DIAGNÓSTICOS ES-EDE, permiten emitir un diagnóstico de TCA.</b></p> <p><b>Algunos ítems de la escala puntúan también como Ítems Diagnósticos.</b></p> |
| Restricción alimentaria al margen de episodios bulímicos |                                                                                                                                                                       |
| Provocación del vómito                                   |                                                                                                                                                                       |
| Abuso de laxantes                                        |                                                                                                                                                                       |
| Abuso de diuréticos                                      |                                                                                                                                                                       |
| Ejercicio intenso para controlar la silueta o el peso    |                                                                                                                                                                       |
| Ausencia de conductas extremas de control del peso       |                                                                                                                                                                       |
| Importancia de la figura                                 |                                                                                                                                                                       |
| Importancia del peso                                     |                                                                                                                                                                       |
| Miedo al aumento de peso                                 |                                                                                                                                                                       |
| Sentimiento de gordura                                   |                                                                                                                                                                       |
| Mantenimiento de peso bajo                               |                                                                                                                                                                       |
| Menstruación                                             |                                                                                                                                                                       |



## 8.1. Codificación y valoración de los ítems diagnósticos

Puesto que nos hallábamos ante un conjunto de variables heterogéneas, el tratamiento de los datos exigía su homogeneización; razón por la que todas las variables se transformaron en variables dicotómicas en las que, la presencia del síntoma se valoró como 1 y la ausencia como 0. Así, tal como se muestra en la Tabla 45, en función del resultado de la combinatoria de los valores de cada variable, siguiendo un árbol de decisión con “n” posibilidades, o lo que es lo mismo un algoritmo, se obtuvieron diversas opciones de diagnóstico acorde al DSM-IV (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) y al DSM-5: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de Atracones, Anorexia nerviosa atípica, Bulimia nerviosa de baja frecuencia o duración, Trastorno de Atracones de baja frecuencia o duración y Trastorno de Purgas. A modo meramente ilustrativo en la Tabla 45 establecemos los criterios de correspondencia en relación a los ítems correspondientes a la Anorexia Nerviosa:

**Tabla 45. Ejemplo de algoritmo diagnóstico para la Anorexia nerviosa atípica.**

| ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA/DSM-5                                                                                                                                                                                                                | ITEMS DEL ES-EDE                                                                                                                                                                                                                                                                      | DEBE PUNTUARSE                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRITERIO “A”:<br>Miedo interno a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente mayor.                                                                     | 62_Miedo a engordar: 1 y,<br>63_Miedo a engordar: 2 y,<br>64_Miedo a engordar: 3.                                                                                                                                                                                                     | 4,5 ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6.                                                                                                          |
| CRITERIO “B”:<br><br>Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual | 56_Importancia figura: 1 y,<br>57_Importancia figura: 2 y,<br>58_Importancia figura: 3 y,<br>59_Importancia peso: 1 y,<br>60_Importancia peso: 2 y,<br>61_Importancia peso: 3 y,<br>67_Sentimiento de gordura:1 y,<br>68_Sentimiento de gordura:2 y,<br>69_Sentimiento de gordura:3 . | 4,5 ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6 y,<br>4,5, ó 6. |

En este punto, conviene precisar que aunque el DSM-5 incluye como categoría diagnóstica el *síndrome de la ingesta nocturna de alimentos*, se consideró prematuro generar definiciones operativas para su diagnóstico, ya que la información disponible en torno a las características clínicas del cuadro es muy limitada.

## 8.2. Resultados

Los resultados que se presentan en la Tabla 46. Identificación de casos acorde al DSM-IV y DSM-5, revelan un nivel de acuerdo elevado que asciende a  $k = 0,828$  y confirman que los *Ítems diagnósticos* del ES-EDE acreditan un grado de precisión diagnóstica elevado respecto a la categoría global de TCA, mostrándose eficaces al discriminar con claridad las personas que presentan trastornos de conducta alimentaria de las que no. Como, de acuerdo con los valores alcanzados en la escala ES-EDE los casos y no casos representan los valores más extremos en una u otra dirección, observamos que el poder discriminatorio de la escala es relativamente elevado, otra cosa es muy distinta es en cuanto a su capacidad para discriminar adecuadamente el tipo de patología concreta.

**Tabla 46. Identificación de casos acorde al DSM-IV y DSM-5.**

|                                                                   |         | DIAGNÓSTICO CLÍNICO ACORDE AL DSM-IV |         | TOTAL |
|-------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|-------|
|                                                                   |         | CASO                                 | NO CASO |       |
| DIAGNÓSTICO ACORDE A LAS DEFINICIONES OPERATIVAS DEL ES-EDE DSM-5 | CASO    | 36                                   | 11      | 47    |
|                                                                   | NO CASO | 14                                   | 84      | 98    |
| TOTAL                                                             |         | 50                                   | 95      | 145   |

Coefficiente Kappa (ratio de concordancia)  $k = 0,828$

### 8.2.1. Análisis comparativo del diagnóstico clínico y el DSM IV

En segundo lugar, se comparó el grado de acuerdo entre el diagnóstico emitido por el clínico y el diagnóstico derivado del ES-EDE. En ambos casos, las estimaciones se rigieron por los criterios del DSM-IV; en contra de lo esperado, los dos diagnósticos derivados a partir del DSM-IV, el facilitado por el clínico del centro y el obtenido a partir de los *Ítems Diagnósticos*, muestran niveles de concordancia prácticamente nulos, la coincidencia solamente se produce en un caso de anorexia y en ninguno de bulimia. Esta inconsistencia entre los juicios requiere de un análisis más pormenorizado que se abordará en el apartado de conclusiones de este capítulo.

### 8.2.2. Análisis comparativo del diagnóstico clínico y el DSM 5

En tercer lugar, en orden a examinar si las modificaciones introducidas en la nueva versión, mejoraban la capacidad de identificación diagnóstica frente a la versión anterior, se aplicaron las definiciones operativas para el diagnóstico que se habían generado a partir del DSM-5. En este caso, el cálculo no refleja el acuerdo absoluto entre las dos estimaciones ya que las categorías de los dos sistemas se solapan haciendo imposible la equiparación, sino un ratio de probabilidades, que en base a una extrapolación expresa el grado de concordancia / discordancia entre el diagnóstico efectuado por el clínico a partir del sistema diagnóstico DSM-IV y las definiciones operativas que se generaron a partir del DSM-5. Los datos se presentan en la Tabla 47:

**Tabla 47. RESUMEN COMPARATIVO DE LOS DIAGNÓSTICOS**

|                            | DIAGNÓSTICO DSM V |    |    |       |    | TODOS |
|----------------------------|-------------------|----|----|-------|----|-------|
|                            | PATOLOGÍAS        | AN | BN | TCANE | NC |       |
| DIAGNÓSTICO CLÍNICO DSM-IV | AN                | 6  | 1  |       | 5  | 12    |
|                            | BN                | 3  | 3  | 3     | 2  | 11    |
|                            | TCA_NE            | 6  | 4  | 3     | 5  | 18    |
|                            | REM               |    |    | 3     | 3  | 6     |
|                            | NC                | 5  | 1  | 12    | 80 | 98    |
|                            | TODOS             | 20 | 9  | 21    | 95 | 145   |

Tal y como puede observarse en la citada tabla existe un alto grado de dispersión entre ambos criterios debido fundamentalmente al incremento de la capacidad diagnóstica del DSM-5. En este sentido, de los 20 casos diagnosticados como AN por el DSM-5, únicamente son reconocidos 12 de ellos (60%) por el DSM-IV. Idénticamente el grado de concordancia respecto a la BN es muy bajo a pesar de la apariencia. Puede observarse en la citada tabla que de los 11 casos diagnosticados clínicamente como BN, sólo 3 identificados con tal patología por el DSM-5. Como ya se ha dicho anteriormente, sin embargo, la concordancia entre ambos criterios es altísima en relación a los *no casos*.

Por otra parte, todo lo anterior queda reflejado en el análisis de la capacidad diagnóstica relativa entre ambos sistemas, tal y como puede verse en la Tabla 48. De acuerdo con la distribución de frecuencias de la

Tabla 47 se han elaborado los *ratios de equilibrio* de la Tabla 6. El valor 1 de los citados ratios representaría el punto de equilibrio que expresa la concordancia diagnóstica entre ambos sistemas de clasificación y, en consecuencia, una situación de idéntica capacidad diagnóstica entre ambos sistemas. Un valor superior a 1 indicaría que el sistema de diagnóstico referenciado, el DSM-5, acreditaría mayor capacidad diagnóstica y viceversa un valor inferior a 1 que el DSM-IV tiene más poder diagnóstico. Los resultados han sido los siguientes:

**Tabla 48. Cuadro comparativo de equilibrio diagnóstico.**

| CUADRO CLÍNICO                           | Ratio Equilibrio <sup>1</sup> |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Anorexia Nerviosa                        | 1,67                          |
| Bulimia Nerviosa                         | 0,82                          |
| Trastornos Alimentación No Especificados | 1,16                          |
| No casos                                 | 0,97                          |

<sup>1</sup> El ratio de equilibrio representa el grado de concordancia entre ambos diagnósticos, el valor 1 expresa un grado de concordancia del 100% la desviación respecto 1, bien por debajo o superior, expresa el grado de no concordancia

Como puede observarse, los resultados fueron mixtos, la probabilidad del ratio de detección para las variantes anoréxicas aumentó exponencialmente, al aplicar los criterios del DSM-5, que, como se recordará, suponen la eliminación de una condición en el caso de la anorexia “pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos” y de dos condiciones para la anorexia nerviosa atípica, no se considera la “pérdida de tres ciclos menstruales”, ni se requiere “un peso por debajo del considerado adecuado para la talla y edad”. Asimismo, la capacidad diagnóstica del DSM-5 vuelve a evidenciarse superior para la categoría *trastorno de alimentación no especificado* que se comparó con la nueva categoría introducida en el DSM-5: *otros trastornos de alimentación especificados*, en la que se incluyen: la *anorexia nerviosa atípica*, *bulimia nerviosa de baja frecuencia o duración*, el *trastorno de atracones de baja frecuencia o duración* y el *trastorno por purgas*. Sin embargo, el ratio de concordancia cayó

ligeramente a un 0,82%, sugiriendo que el nuevo criterio “los episodios bulímicos y las conductas compensatorias deben producirse, al menos, una vez semana a lo largo de los últimos tres meses”, en lugar de las dos veces por semana exigidas por el DSM-IV, no incrementándose sustancialmente la capacidad diagnóstica y el grado de concordancia respecto al criterio clínico. No obstante, reiteramos que estos resultados deben considerarse con la debida cautela, ya que el cálculo no refleja el acuerdo absoluto entre las dos estimaciones sino un ratio que proyecta una probabilidad de coincidencia.

### **8.2.3. Grado de concordancia: entre la intensidad patológica y el diagnóstico clínico**

En cuarto lugar, se examinó el grado de precisión que acreditaban los *Ítems Diagnósticos* del ES-EDE, utilizando un criterio interno a la propia escala, el nivel de psicopatología alimentaria estimado partir de las puntuaciones obtenidas en la escala *Psicopatología Específica de TCA* del ES-EDE; para ello se utilizaron los tres perfiles diferenciados que se obtuvieron a partir del análisis de ítems descrito en el capítulo 7: un perfil *Patológico*, el más extremo en la dirección psicopatológica, el perfil *Dudoso*, que constituye una categoría amplia y en la que resulta difícil determinar donde se encuentra el límite entre lo patológico y lo no patológico y, un tercer perfil prácticamente plano, claramente *No patológico*. La idea al clasificar en estos tres intervalos las puntuaciones de la escala es evaluar el poder discriminador de la misma al albur de cada uno de los sistemas de diagnóstico en su dimensión más extrema. Los resultados se presentan en la Tabla 49:

**Tabla 49. Grado de coincidencia entre la intensidad patológica según criterios escala ES-EDE y la variable diagnóstico clínico. (%)**

| DIAGNÓSTICO   | GRADO DE INTENSIDAD PATOLÓGICA SEGÚN ESCALA ES-EDE |        |              |       |
|---------------|----------------------------------------------------|--------|--------------|-------|
|               | PATOLOGÍA                                          | DUDOSO | NO PATOLOGÍA | TOTAL |
| DSM-5 AN      | 100,0                                              | 0,0    | 0,0          | 100   |
| DSM-5 AN_ATIP | 31,3                                               | 68,8   | 0,0          | 100   |
| DSM 4 AN      | 100,0                                              | 0,0    | 0,0          | 100   |
| DSM-5 BN      | N/O                                                | N/O    | N/O          | N/O   |
| DSM-5 BN BAJA | 25,0                                               | 75,0   | 0,0          | 100   |
| DSM 4 BN      | N/O                                                | N/O    | N/O          | N/O   |
| DSM-5 TA      | N/O                                                | N/O    | N/O          | N/O   |
| DSM-5 TA BAJA | 100,0                                              | 0,0    | 0,0          | 100   |
| DSM-5 TP      | 50,0                                               | 50,0   | 0,0          | 100   |
| TOTAL         | 21,3                                               | 63,0   | 15,7         | 100   |
|               | (23)                                               | (68)   | (17)         | (108) |

N/O : No hay observaciones

En columnas se presentan los intervalos obtenidos a partir de la puntuación total de la ES-EDE divididos en tres grandes grupos: casos *patológicos*, que corresponden con altas puntuaciones en la escala (Media+ 2S); casos *no patológicos*, puntuaciones totales inferiores (menor que la Media-1S); y entre ambos intervalos, lo que hemos denominado casos *dudosos*, que corresponden a valores intermedios: mayores que la Media-1S, e inferiores a la Media+2S.

Los resultados de la Tabla 49 saltan a la vista: la AN tal como es diagnosticada tanto por el DSM-IV como DSM-5 está perfectamente identificada por la escala ES-EDE, no sucede lo mismo con la BN; tanto la AN atípica como la BN de baja frecuencia, debido precisamente a su menor intensidad los valores de las mismas se reparten entre el intervalo superior: *patológico* y el intervalo intermedio: *dudoso*.

#### 8.2.4. Análisis comparativo pormenorizado de los sistemas de diagnóstico: análisis de casos

Finalmente, se procedió a un análisis pormenorizado, caso a caso, comparando el juicio clínico, el diagnóstico DSM-5 derivado del ES-EDE y las puntuaciones obtenidas en la escala Psicopatología específica TCA. Tras calcular las puntuaciones totales de la escala para cada sujeto, se procedió a su tipificación y distribución en intervalos. El tratamiento al que se sometieron los datos permitió clasificar las puntuaciones totales en los siguientes intervalos: *bajo, medio-bajo, medio-alto, alto y muy alto*. Estas categorías se establecieron a partir de los intervalos surgidos de acuerdo con el criterio de razón siguiente:  $Z \pm (1...2)S$ ; ahora bien, subrayamos que dichos intervalos poseen significación estadística pero desconocemos el significado clínico, lo que exige prudencia al interpretar los resultados.

**Tabla 50. OBSERVACIONES DIAGNOSTICADAS COMO AN SEGÚN EL CRITERIO CLÍNICO. Comparación con los diagnósticos realizados según el DSMV y por la escala de Intensidad Patológica “EDE”**

| Nº OBS. | DIAG. DSMV | PUNTUACIÓN ESCALA “EDE” | RANGO INTERVALO ESCALA EDE |
|---------|------------|-------------------------|----------------------------|
| 3       | NC         | 65                      | MEDIO ALTO                 |
| 6       | AN_ATIP    | 103                     | ALTO                       |
| 13      | AN_ATIP    | 89                      | ALTO                       |
| 21      | AN_ATIP    | 113                     | ALTO                       |
| 23      | NC         | 26                      | MEDIO BAJO                 |
| 24      | NC         | 58                      | MEDIO ALTO                 |
| 27      | NC         | 47                      | MEDIO ALTO                 |
| 70      | AN_ATIP    | 108                     | ALTO                       |
| 73      | AN_ATIP    | 109                     | ALTO                       |
| 79      | NC         | 76                      | MEDIO ALTO                 |
| 104     | BN         | 97                      | ALTO                       |
| 112     | AN_ATIP    | 103                     | ALTO                       |

El análisis pormenorizado caso a caso, nos permite constatar, en primer lugar, la naturaleza dinámica de la patología que se refleja en la evolución de los cuadros desde las variantes más francas y mejor definidas, AN o BN, a variantes atípicas, de baja frecuencia o la desaparición de síntomas; esto se manifiesta en el caso de las personas con diagnóstico

clínico de AN tal como puede apreciarse en la Tabla 50 y también, en las personas con diagnóstico clínico de BN, como se evidencia en la Tabla 51:

**Tabla 51. OBSERVACIONES DIAGNOSTICADAS COMO BN SEGÚN EL CRITERIO CLÍNICO. Comparación con los diagnósticos realizados según el DSMV y la escala de Intensidad Patológica “EDE”.**

| Nº OBS. | DIAG. DSMV | PUNTUACIÓN<br>ESCALA “EDE” | RANGO INTERVALO<br>ESCALA EDE |
|---------|------------|----------------------------|-------------------------------|
| 12      | NC         | 12                         | MEDIO BAJO                    |
| 16      | NC         | 95                         | ALTO                          |
| 19      | AN_ATIP    | 98                         | ALTO                          |
| 64      | AN_ATIP    | 95                         | ALTO                          |
| 65      | TCANE      | 97                         | ALTO                          |
| 68      | AN_ATIP    | 95                         | ALTO                          |
| 72      | TCANE      | 52                         | MEDIO ALTO                    |
| 77      | BN_BF      | 100                        | ALTO                          |
| 78      | BN_BF      | 109                        | ALTO                          |
| 107     | TCANE      | 87                         | ALTO                          |
| 110     | BN         | 83                         | ALTO                          |

El análisis de las puntuaciones directas de la escala *Psicopatología específica de los TCA* revela que las personas derivadas de los centros, que por tanto, están recibiendo tratamiento, se sitúan, independientemente del diagnóstico en el momento en que se administró la entrevista en los rangos alto y medio alto de intensidad psicopatológica, con puntuaciones ligeramente superiores para el grupo de BN.



**Tabla 52. OBSERVACIONES DIAGNOSTICADAS COMO TCA\_NE SEGÚN EL CRITERIO CLÍNICO. Comparación con los diagnósticos realizados según el DSMV y la escala de Intensidad Patológica “EDE”.**

| Nº OBS. | DIAG. DSMV | PUNTUACIÓN ESCALA “EDE” | RANGO INTERVALO ESCALA EDE |
|---------|------------|-------------------------|----------------------------|
| 10      | AN_ATIP    | 106                     | ALTO                       |
| 20      | AN_ATIP    | 122                     | MUY ALTO                   |
| 22      | BN_BF      | 68                      | MEDIO ALTO                 |
| 28      | NC         | 10                      | MEDIO BAJO                 |
| 29      | TPURGAS    | 83                      | ALTO                       |
| 61      | AN_ATIP    | 119                     | MUY ALTO                   |
| 62      | TPURGAS    | 71                      | MEDIO ALTO                 |
| 63      | AN_ATIP    | 83                      | ALTO                       |
| 67      | NC         | 10                      | MEDIO BAJO                 |
| 69      | NC         | 57                      | MEDIO ALTO                 |
| es74    | BN_BF      | 104                     | ALTO                       |
| 75      | BN_BF      | 40                      | MEDIO BAJO                 |
| 76      | AN_ATIP    | 118                     | MUY ALTO                   |
| 105     | AN_ATIP    | 108                     | ALTO                       |
| 106     | NC         | 43                      | MEDIO ALTO                 |
| 108     | TATR_BF    | 72                      | MEDIO ALTO                 |
| 111     | NC         | 82                      | ALTO                       |
| 113     | BN         | 91                      | ALTO                       |

Como cabía esperar, los resultados revelan que los casos diagnosticados como trastorno de conducta alimentaria no especificado se trasponen mayoritariamente al desglose de la categoría que se ha producido en el DSM-5 dentro del apartado Otros trastornos de la conducta alimentaria especificados, AN atípica, BN BF, TA BF, T Purgas y no casos. Destaca la observación 113, que aparentemente y pese a estar recibiendo tratamiento evoluciona hacia un cuadro más grave: bulimia nerviosa.

**Tabla 53. OBSERVACIONES DIAGNOSTICADAS COMO CASOS EN REMISIÓN (REM) SEGÚN EL CRITERIO CLÍNICO. Comparación con los diagnósticos realizados por el DSMV y por la escala de Intensidad Patológica “EDE”**

| Nº OBS. | DIAG. DSMV | PUNTUACIÓN ESCALA “EDE” | RANGO INTERVALO ESCALA EDE |
|---------|------------|-------------------------|----------------------------|
| 25      | NC         | 66                      | MEDIO ALTO                 |
| 26      | NC         | 7                       | BAJO                       |
| 66      | TPURGAS    | 69                      | MEDIO ALTO                 |
| 71      | NC         | 52                      | MEDIO ALTO                 |
| 103     | TATR_BF    | 32                      | MEDIO BAJO                 |
| 109     | TPURGAS    | 38                      | MEDIO BAJO                 |

El hecho de que los cuadros diagnosticados por los clínicos hayan evolucionado hacia categorías menos exigentes o hayan remitido, no implica necesariamente una disminución de los niveles de intensidad patológica, como se refleja en la Tabla 53, dos personas en remisión con un no diagnóstico confirmado, se sitúan en el rango medio alto de intensidad psicopatológica. Estos resultados son coherentes con los presentados anteriormente para las otras categorías clínicas, AN, BN y TCA no especificado en las que tampoco se produce concordancia, entre los dos índices derivados del ES-EDE, la puntuación en la escala *Psicopatología específica de los TCA* y los *Ítems diagnósticos*.

A la luz de estos datos, no parece que la remisión de síntomas equivaldría a remisión psicopatológica o, al menos, no necesariamente. Este hallazgo resulta relevante desde el punto tanto etiológico como pronóstico; dado que la psicopatología es el sustrato sobre el cual se desarrollan los TCA, el hecho de que personas asintomáticas presenten índices de intensidad patológica elevados, podría constituir un indicador de acerca de la probabilidad de recaída.

### 8.3. Conclusiones

Este capítulo pretendía comprobar la validez del ES-EDE, como herramienta diagnóstica, tanto para la identificación de casos de TCA, como para la emisión de un diagnóstico específico.

En primer lugar, los datos confirman que los *Ítems diagnósticos* del ES-EDE acreditan un grado de precisión diagnóstica elevado respecto a la categoría global de TCA, mostrándose eficaces al discriminar con claridad las personas que presentan trastornos de conducta alimentaria de las que no lo presentan y esto sucede, con independencia de la versión del DSM que se utilice, sea esta la cuarta o la quinta.

En segundo lugar, el grado de sensibilidad de los *Ítems diagnósticos* del ES-EDE, disminuye significativamente en la identificación de los diagnósticos específicos. Así, por ejemplo, en contra de lo esperado, los dos diagnósticos derivados a partir del DSM-IV, el facilitado por el clínico del centro y el obtenido a partir de los *Ítems Diagnósticos*, muestran niveles de concordancia prácticamente nulos. Llegados a este punto, la pregunta que cabría formular es ¿cuál es la razón por la que a pesar de utilizar un mismo criterio de clasificación, el DSM-IV, el juicio emitido por el clínico y el juicio derivado de la aplicación del EDE presentan inconsistencias tan elevadas? En el intento por identificar posibles fuentes de error planteamos dos hipótesis que analizamos a continuación. Una primera fuente de error residiría en el criterio de contraste externo y afectaría a las valoraciones de los clínicos. Recordamos que la muestra clínica procede de cuatro centros y, por tanto, los diagnósticos no corresponden a un solo juez; aunque no existe modo de contrastarlo, parece improbable que al menos cuatro clínicos, apliquen de forma incoherente o poco rigurosa los criterios de clasificación vigentes y esto se traduzca en errores diagnósticos. Contemplamos una segunda fuente de error inherente al diseño utilizado. La selección de las pacientes se delegó en los psiquiatras de referencia subordinando así la participación a su estado clínico y a su progreso. Estimamos que el criterio de garantía clínico debía prevalecer sobre cualquier otra consideración y por ello se acordó que, en los casos en que el clínico apreciara un riesgo para la evolución o mejora de la paciente, se declinaría solicitar su colaboración. Esto supuso un desajuste temporal, específico para cada paciente e imposible de precisar, entre el momento en que se emitió el diagnóstico clínico, al ingreso y el momento en que la paciente se incorporó a la investigación emitiéndose el segundo diagnóstico a partir del ES-EDE; adicionalmente, a lo largo de este periodo de tiempo las pacientes estuvieron recibiendo tratamiento, por lo que cabría esperar al menos una remisión parcial de síntomas.

En tercer lugar y como cabía esperar, las modificaciones introducidas en el DSM-5, mejoran la capacidad de identificación diagnóstica frente a la versión anterior, pero tal mejora se produce como consecuencia de un desplazamiento de los casos hacia las variantes menos selectivas, que relajan las exigencias para emitir los diagnósticos, bien porque se eliminan criterios, tal es el caso de la anorexia nerviosa, bien porque establecen umbrales de frecuencia o duración más laxos, como en el caso de la bulimia, o porque elevan a categoría diagnóstica cuadros que en la versión del DSM-IV se consideraban inespecíficos, nos referimos al trastorno por atracón, la anorexia nerviosa atípica, la bulimia y trastorno por atracón de baja frecuencia, o el trastorno por purgas, que en la versión anterior se hubieran incluido en la categoría TCA no especificado.

Estos resultados son coherentes con los datos obtenidos a partir del análisis discriminante en el que, como se recordará, se confirmaron diferencias significativas entre el grupo clínico con TCA y los grupos de contraste: restrictoras o no restrictoras, en los niveles de psicopatología observados a través de la puntuación total de la escala: *Psicopatología específica de TCA* y las puntuaciones parciales de las dos subescalas *Sobrevaloración del peso y la figura* y *Restricción*; no hallando por el contrario, diferencias significativas en función del diagnóstico emitido por el clínico: AN, BN y TCA no especificado, mostrando porcentajes de confusión más elevados en la asignación a grupos.





## Conclusiones.

---





## **1. CONCLUSIONES**

---

### **1.1. ¿Es pertinente un estudio sobre la psicopatología y el diagnóstico de los TCA?**

En un contexto social, en el que se encumbra el valor de la imagen como garantía de éxito personal y social, los trastornos de conducta alimentaria se han convertido en problemas de creciente trascendencia social, científica y sanitaria. En los últimos 30 años, el volumen de investigaciones y publicaciones sobre el tema ha crecido exponencialmente con el objetivo de clarificar, cómo operan estos trastornos, qué condiciones contribuyen a su aparición, qué intervenciones resultan más eficaces, o cuáles son las variables que los convierten en resistentes al cambio, pero la discusión en torno a su naturaleza sigue abierta.

En la actualidad existen tres cuestiones que continúan centrando el debate en esta materia: la primera, se refiere a la identificación de los elementos que confieren cohesión a los TCA al dotarles de una identidad común; la segunda, afecta al establecimiento de demarcaciones entre normalidad y patología, más concretamente, respecto a lo que constituye un caso de entidad clínica; y, la tercera, a la oportunidad, o no, de dividir la categoría global de TCAs en categorías discretas y en base a qué criterios.

La comunidad clínica y científica de la CAE se encuentra ante el reto y la responsabilidad de responder a un incremento de la demanda y abordar eficazmente la necesidad que la provoca. Ahora bien, la eficacia de cualquier intervención depende en gran medida, del grado de conocimiento del fenómeno al que nos enfrentamos, de modo que la definición precisa del problema constituye, sino una garantía de éxito, sí la condición necesaria para el mismo. Definir el problema, en nuestro caso, los trastornos del comportamiento alimentario, significa identificar las características que las alteraciones adoptan en nuestro entorno, determinar la distribución de las mismas y evaluar la eficacia de aquellas acciones que de forma más o menos sistemática se esté llevando a cabo a fin de afrontar el fenómeno. La realización de estos tres tipos de

estudios, -descriptivos, epidemiológicos y ensayos sobre la eficacia de tratamientos-, señala hacia un mismo requisito, disponer de instrumentos de evaluación que diagnostiquen con precisión, a fin de determinar quién requiere ayuda asistencial, y de qué tipo, y quién no la precisa.

Este trabajo pretende contribuir al debate general que se ha suscitado en torno a la definición y la clasificación de los TCA, a partir del análisis de las características que tales trastornos adoptan en nuestro entorno, la CAE. Para ello se implementó una adaptación del Eating Disorder Examination, EDE 12.0D (Fairburn y Cooper, 1993), instrumento que evalúa la psicopatología específica de los trastornos de conducta alimentaria y delimita la frontera entre un caso y no caso, posibilitando, a su vez, la emisión de un diagnóstico.

## **1.2. Potencialidades y limitaciones del ES-EDE**

En relación a la versión adaptada del EDE (ES-EDE), el estudio intenta responder a tres cuestiones fundamentales: la primera afecta al grado de precisión de las mediciones que facilita el instrumento, es decir, ¿proporciona el ES-EDE medidas fiables?; la segunda, se refiere a si la evidencia empírica confirma la propuesta teórica de los autores en relación a la estructura latente de la escala, esto es ¿reproduce el ES-EDE la estructura dimensional planteada por los autores de la versión original? y la tercera, se centra en la capacidad diagnóstica de la herramienta, es decir, ¿se muestra la versión adaptada suficientemente sensible para discriminar a las personas que tienen trastornos de conducta alimentaria de las que no los tienen y para identificar las distintas expresiones que estas adoptan?

### **1.2.1. ¿Proporciona la versión adaptada del EDE (ES-EDE) medidas fiables?**

El alto grado de consistencia interna, la homogeneidad de la escala como constructo que se expresa en la unidimensionalidad del factor no rotado y los excelentes niveles de acuerdo entre jueces, ligeramente superiores a los hallados en otros estudios, permiten concluir que la versión adaptada del EDE (ES-EDE) proporciona mediciones

fiables; estos hallazgos se hallan en consonancia con los datos obtenidos en otros estudios, (Grilo, Masheb, Lozano-Blanco y Barry, 2004; Rizvi, Peterson, Crow y Agras, 2000; Rosen, Vara, Wendt y Leitenberg, 1990).

A la luz de los resultados obtenidos, estamos en condiciones de afirmar que la adaptación semántica, lingüística, poblacional y sociocultural realizada, no parece introducir elementos que distorsionen la obtención y recogida de datos; asimismo, los niveles de acuerdo entre jueces ligeramente superiores a los alcanzados en otros estudios revelan que el entrenamiento implementado garantiza estimaciones ajustadas, incluso al evaluar constructos complejos y carentes de un significado comúnmente aceptado por su fuerte componente sociocultural como por ejemplo el atracón o la gran cantidad de comida.

### **1.2.2. ¿Reproduce la versión adaptada del ES-EDE la estructura dimensional planteada por los autores de la versión original?**

Una de las principales fortalezas del ES-EDE reside en el carácter unidimensional de la escala que se releva en un único factor muy homogéneo y consistente, acreditando que todos los ítems son reflejo del mismo fenómeno: la *Psicopatología específica de los TCA*, definida fundamentalmente a partir de los ítems *Insatisfacción con el peso*, *Insatisfacción con la figura*, *Importancia del peso* y *Miedo a engordar*, que presentan las correlaciones más altas con el primer factor no rotado y se dibujan como nucleares respecto al constructo que se evalúa.

Sin embargo, los resultados no confirman la estructura dimensional propuesta por los autores de la versión original inglesa del EDE, compuesta por cuatro dominios: Restricción, Preocupación por la Ingesta, Preocupación por el peso y Preocupación por la Figura. Este resultado es consistente con los obtenidos anteriormente por otros equipos (Byrne, Allen, Lampard, Dove, & Fursland, 2010; Grilo et al., 2010; Manucci et al., 1997).

La solución factorial rotada proporciona, en cambio, una estructura de dos dimensiones latentes claramente definidas. La primera, *Sobrevaloración del peso y la figura* reflejaría la preocupación obsesiva por el peso y la figura asociado a niveles elevados de malestar altamente incapacitantes; y la segunda, *Restricción* que haría referencia al complejo entramado de normas rígidas autoimpuestas que gobiernan la ingesta y a cuyo cumplimiento se supeditan el resto de las facetas de la vida. Otros dos estudios han obtenido anteriormente soluciones factoriales en las que se identifican también estas dos dimensiones (Grilo y otros, 2010; Manucci y otros, 1997).

**1.2.3. ¿Se muestra la versión adaptada suficientemente sensible para discriminar a las personas que tienen trastornos de conducta alimentaria de las que no los tienen? ¿Es capaz de identificar las distintas expresiones que éstas adoptan?**

El análisis de ítems, el análisis discriminante y el análisis de precisión diagnóstica, con independencia de la versión DSM que se utilice, confirman que tanto la escala como los ítems diagnósticos se muestran eficaces al definir distintos grados de patología y de ausencia de patología alimentaria; sin embargo, el poder discriminador de los ítems disminuye en las posiciones intermedias, lo que evidencia la dificultad para establecer demarcaciones entre la normalidad, la alteración y la patología. Asimismo, los resultados obtenidos acreditan un alto grado de sensibilidad respecto a la categoría global de TCA; no obstante, el grado de sensibilidad de la escala y los ítems diagnósticos del ES-EDE, disminuyen significativamente en la identificación de los diagnósticos específicos, mostrando porcentajes de confusión más elevados en la asignación a grupos. Aunque los resultados obtenidos señalan que las modificaciones introducidas en el DSM-5 mejoran la capacidad de identificación diagnóstica frente a la versión anterior DSM-IV, parecería que ésta se produce como consecuencia de una flexibilización al relajarse las exigencias para emitir los diagnósticos. Estos hallazgos confirman la existencia de fisuras en la propuesta de clasificación actual, tales fisuras podrían derivarse de la aplicación de dos planteamientos diferenciados: por un lado, el planteamiento que subyace en la escala, de naturaleza dimensional y basado en una lógica incremental que establece distintos grados de intensidad patológica a lo largo de un continuo; y por el otro, el planteamiento categórico que, a diferencia de aquel es

de carácter clasificatorio, y pretende identificar marcadores para definir diagnósticos o proponer protocolos de actuación.

### **1.3. Problemas de sensibilidad de los ítems.**

Las escalas se construyen sobre la base de la incorporación de una serie de ítems de diversa naturaleza y la escala ES-EDE no es una excepción. Realizamos esta precisión, porque el análisis de los ítems correspondientes a la estructura factorial obtenida, ha puesto de manifiesto la distinta significación de los mismos desde el punto de vista metodológico. Como puede comprobarse en el apartado correspondiente, la escala incluye ítems que hacen referencia a distintos tipos de información. En unos casos se refiere a información de carácter subjetivo que conlleva aspectos normativo-valorativos asociados a los TCA; en otros casos, se trata de información sobre aspectos conductuales asociados a la propia patología, como por ejemplo, cuantificar el número de episodios bulímicos. ¿Qué significa esto desde el punto de vista metodológico? Que los tipos de información requeridos condicionan los tipos de respuesta. En este sentido, la investigación ha demostrado que variables como: *Importancia del peso*, *Importancia de la figura*, *Preocupación por el peso* o *Preocupación por la figura*, que aparecen planeando en todo el espectro de la investigación, hasta el punto de que algunos autores (Fairburn, 2008) consideran que constituyen las variables más definitorias de los TCAs, sin tener en cuenta la relativización de este tipo de valores en el contexto de una sociedad que ha hecho de la dimensión estética el centro de gravedad. Esto hace que nos preguntemos, una vez analizados los datos, si es correcto otorgar a estas dos variables (no olvidemos por otra parte cardinales para los autores de la escala), el carácter patológico que se les atribuye desde el punto de vista teórico; dicho de otra forma, la importancia del peso y la figura en una sociedad altamente sensibilizada no separa lo patológico de lo que no lo es, dado que la referencia a estos dos valores constituye una aspiración generalizada en nuestra sociedad de la imagen (véase, Lipovetsky y su ya famosa ética de la seducción). Consecuentemente, se requiere vincular estas variables a otros aspectos desencadenantes para dotarles de la capacidad discriminatoria que se suponen tienen. No olvidemos que la complejidad es

un rasgo inherente a la sociedad actual, de lo que se deriva que la causalidad en pocas o raras ocasiones se expresa de forma simple, directa e inmediata.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación y propuestas de mejora.**

El diseño del estudio muestra algunas limitaciones que debieran de tenerse en consideración al interpretar los resultados de este trabajo y, siempre que fuera posible, debieran subsanarse en los estudios que se planteen de cara al futuro. En síntesis destacamos las siguientes cuestiones acordes a su estatus metodológico.

##### **1.4.1. En relación al diseño**

Una de las principales debilidades del diseño metodológico afecta al procedimiento empleado para la asignación al grupo clínico y a los dos grupos de contraste y que podría hallarse en el origen de las siguientes fuentes de error: confusión en la asignación a grupos, discrepancias en el juicio clínico y desfase entre la emisión del diagnóstico clínico y la evaluación mediante el ES-EDE. Vayamos por partes.

##### **1.4.2. Relativas al procedimiento utilizado para configurar los grupos**

La inclusión en el grupo clínico, que exigía personas con diagnóstico de TCA según DSM-IV: AN, BN O TCA NE, fue validada por el criterio externo e independiente de un experto, el clínico del centro en el que estaban recibiendo atención; sin embargo, la asignación a los dos grupos de contraste, que requería ausencia de TCA, no fue verificada por un juicio independiente. Desde el punto de vista metodológico, esta es, sin duda, una de las principales debilidades del diseño; ya que al no utilizar un juicio externo para validar la asignación a los dos grupos control, no se puede afirmar con rotundidad que las personas que conforman el grupo de restrictoras y no restrictoras no presentaran TCA en el momento en que se llevó a cabo la investigación.

### **1.4.3. Discrepancias en el juicio clínico**

Tal como ya se ha señalado, la asignación al grupo clínico de TCA, se validó a través de un criterio externo, concretamente, el diagnóstico emitido por el clínico del centro en el que las pacientes estaban recibiendo atención (como se recordará, se trataba de cuatro centros) y por consiguiente varios clínicos; sin embargo, los criterios no se unificaron y, a pesar de que intervinieron expertos en la materia, esto pudo haber introducido incongruencias en la aplicación de los mismos. Si bien desde nuestro punto de vista no existe modo de contrastar este desajuste, entendemos que ha podido ser fuente de error diagnóstica, especialmente en el caso de aquellos criterios diagnósticos de naturaleza más subjetiva, pudiendo estar en el origen de la práctica nula concordancia entre los diagnósticos emitidos por los clínicos y el diagnóstico obtenido a partir del ES-EDE.

### **1.4.4. Desfase entre la evaluación clínica y la administración del ES-EDE**

Contemplamos esta fuente de error como un defecto inherente al diseño utilizado. La selección de las pacientes se delegó en los clínicos de referencia subordinando así la participación a su estado clínico y a su progreso. Estimamos que el criterio de garantía clínico debía prevalecer sobre cualquier otra consideración y por ello se acordó que, en los casos en que el clínico apreciara un riesgo para la evolución o la mejora de la paciente, se declinaría solicitar su colaboración. Esto supuso un desajuste temporal, específico para cada paciente e imposible de precisar, producido entre el momento en que se emitió el diagnóstico clínico, al ingreso y el momento en que la paciente se incorporó a la investigación: al emitir el segundo diagnóstico a partir del ES-EDE. Adicionalmente, a lo largo de este periodo de tiempo las pacientes estuvieron recibiendo tratamiento, por lo que cabría esperar, al menos, una remisión parcial de síntomas, especialmente en la recuperación del peso.

## 1.5. Retos de futuro.

En los últimos tiempos, estamos asistiendo a la emergencia de trastornos mentales de nueva generación y a la proliferación nuevas categorías diagnósticas (American Psychiatric Association, 2013). Los trastornos de conducta alimentaria no son ajenos a esta inercia (Waller, 2008). Se produce además una creciente patologización de procesos y problemas de la vida cotidiana que hasta ahora se habían gestionado en la esfera familiar y relacional. Pero, gestionar la frustración, el dolor o la pérdida requiere sosiego y acompañamiento; abocados como estamos a una vida sin pausa, permanentemente conectados pero incommunicados, desasistidos de las redes sociales que sirven de apoyo y contención, surge la demanda social de profesionalizar la ayuda y de que emerjan ofertas de servicio, formación e investigación que habiendo nacido en origen para responder a situaciones de necesidad, pueden terminar metamorfoseándose y convirtiéndose en un fin en sí mismas. Haciéndonos eco del escritor norteamericano Upton Sinclair<sup>1</sup> *«es difícil hacer comprensible algo a una persona cuando su salario se funda en no entenderlo»* corremos el riesgo de identificar más fácilmente la enfermedad y la patología, que la salud.

La pregunta que cabría hacerse es: cuándo y cómo, un problema pasa a ser un trastorno constituyéndose en un caso y, en consecuencia, se convierte en objeto de atención clínica (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). La inclusión en el DSM-5 de algunas categorías diagnósticas ha sido objeto de duras críticas, éste es el caso por ejemplo de la adicción a internet que “se presenta en el DSM-5 como una enfermedad descontextualizada de los sistemas económicos y de las herramientas informáticas que se benefician de la dependencia” (Bueno, 2015). Debemos preguntarnos qué propuestas diagnósticas son útiles y si lo son, al servicio de quien, de qué o de qué valores, siendo conscientes de que la neutralidad científica no existe y de que las decisiones que adoptamos siempre tienen un sustrato ético.

El debate en torno a la definición de los trastornos de conducta alimentaria se produce en este contexto. La definición de lo que constituye un caso, no es una cuestión

---

<sup>1</sup> Upton Sinclair, fue escritor socialista norteamericano que hizo crítica social de su tiempo. Una de sus obras principales es *The Jungle* donde critica las condiciones de vida de los trabajadores de los mataderos en las ciudades norteamericanas.



menor; de ella se derivan decisiones muy relevantes que afectan a la esfera asistencial y personal. El “sobrediagnóstico”, por ejemplo, se traduce en un colapso de los servicios de salud mental y en dificultades para articular una oferta asistencial personalizada, pero las consecuencias del “infradiagnóstico” tampoco son nada desdeñables; sobre todo, cuando siendo necesaria, la intervención se demora o no se produce, empeora el pronóstico y los cuadros tienden a adoptar un curso crónico, entonces, los tratamientos se alargan y aumenta la probabilidad de recaídas.

En el caso de los TCAs la dificultad reside en establecer un límite por encima o por debajo del cual se requiere atención clínica, esto exigiría fijar un punto de inflexión o punto crítico que diferencie entre patología y no patología; sin embargo, el universo de las alteraciones alimentarias muestra una gran diversidad y complejidad y la alteración no siempre es sinónimo de patológico. La definición de lo que es normal, alterado o patológico, puede ser nítida cuando hablamos de conductas que, sin lugar a dudas violentan la propia salud, tal es el caso de la provocación del vómito por ejemplo; sin embargo, la determinación de cuándo la restricción de la dieta, la evitación de alimentos, o las normas alimentarias, deben elevarse a categoría de patológicas, resulta mucho más difícil de establecer.

Clasificamos lo que conocemos y aquí reside la gran contradicción, dado que lo que conocemos de los trastornos de conducta alimentaria es que son más variados y variables de lo que los sistemas de clasificación reflejan a día de hoy (Fairburn y Cooper, 2011). Históricamente, los sistemas de clasificación que se han propuesto para los TCAs, reconocen dos grandes entidades: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, aunque recientemente se ha añadido una tercera: el trastorno de atracones. El problema radica en que esta propuesta no se ha validado; más bien, descansa sobre el consenso de los expertos en lugar de vertebrarse en torno a la evidencia empírica disponible (Wifley, Bishop Wilson y Agras, 2007; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson y Crosby, 2007). Teniendo esto en cuenta, la propuesta, no debiera considerarse como una respuesta definitiva, sino como una aproximación basada en sugerencias que, necesariamente, debieran someterse a contrastación y matizarse, a medida que la evidencia empírica acumulada así lo requiera (Wifley, Bishop Wilson y Agras, 2007).

## 1.5. Retos de futuro.

En los últimos tiempos, estamos asistiendo a la emergencia de trastornos mentales de nueva generación y a la proliferación nuevas categorías diagnósticas (American Psychiatric Association, 2013). Los trastornos de conducta alimentaria no son ajenos a esta inercia (Waller, 2008). Se produce además una creciente patologización de procesos y problemas de la vida cotidiana que hasta ahora se habían gestionado en la esfera familiar y relacional. Pero, gestionar la frustración, el dolor o la pérdida requiere sosiego y acompañamiento; abocados como estamos a una vida sin pausa, permanentemente conectados pero incommunicados, desasistidos de las redes sociales que sirven de apoyo y contención, surge la demanda social de profesionalizar la ayuda y de que emerjan ofertas de servicio, formación e investigación que habiendo nacido en origen para responder a situaciones de necesidad, pueden terminar metamorfoseándose y convirtiéndose en un fin en sí mismas. Haciéndonos eco del escritor norteamericano Upton Sinclair<sup>1</sup> *«es difícil hacer comprensible algo a una persona cuando su salario se funda en no entenderlo»* corremos el riesgo de identificar más fácilmente la enfermedad y la patología, que la salud.

La pregunta que cabría hacerse es: cuándo y cómo, un problema pasa a ser un trastorno constituyéndose en un caso y, en consecuencia, se convierte en objeto de atención clínica (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). La inclusión en el DSM-5 de algunas categorías diagnósticas ha sido objeto de duras críticas, éste es el caso por ejemplo de la adicción a internet que “se presenta en el DSM-5 como una enfermedad descontextualizada de los sistemas económicos y de las herramientas informáticas que se benefician de la dependencia” (Bueno, 2015). Debemos preguntarnos qué propuestas diagnósticas son útiles y si lo son, al servicio de quien, de qué o de qué valores, siendo conscientes de que la neutralidad científica no existe y de que las decisiones que adoptamos siempre tienen un sustrato ético.

El debate en torno a la definición de los trastornos de conducta alimentaria se produce en este contexto. La definición de lo que constituye un caso, no es una cuestión

---

<sup>1</sup> Upton Sinclair, fue escritor socialista norteamericano que hizo crítica social de su tiempo. Una de sus obras principales es *The Jungle* donde critica las condiciones de vida de los trabajadores de los mataderos en las ciudades norteamericanas.

Mejorar nuestra comprensión de los trastornos requiere coraje para reconocer las limitaciones de nuestro conocimiento, creatividad para proponer enfoques alternativos y honestidad para evaluarlos con rigor (Pike, 2013). Este es nuestro desafío y este debe ser nuestro compromiso.

Enero, 2016







## Bibliografía.

---





## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Ackard, D. M., Cronemeyer, C. L., Franzen, C. L., Richter, S. y Norstrom, J. (2011). Number of different purging behaviors used among women with eating disorders: Psychological, behavioral, self-efficacy and quality of life outcomes. *Eating Disorders*, 19(2), 156–74. doi:10.1080/10640266.2010.511909.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM III-R*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association, (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado el 15 de octubre de 2014, de <http://www.apa.org/ethics/code/index.asps>.
- Arikian, A. A., Peterson, C.B., Swanson, S. A., Berg, K. C., Chartier, L., Durkin, N. y Crow, S. J., (2012). Establishing thresholds for unusually large binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 222–26. doi:10.1002/eat.20930.
- Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R. Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M.D. ....Wonderlich, S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1237-1239. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13030326.
- Attia, E. y Roberto, C.A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 581-589. doi: 10.1002/eat.20720.
- Austin, J. L. y Smith, J.E. (2008). Thin ideal internalization in Mexican girls: A test of the sociocultural model of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 448–57. doi:10.1002/eat.20529.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I. y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: Una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19(1), 124-133.
- Barnes, R. D., Masheb, R. M., White, M. A. y Grilo, C. M. (2011). Comparison of methods for identifying assessing obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 157-163. doi:10.1002/eat.20802.

- Becker, A. E., Thomas, J. J. y Pike, K. M. (2009). Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-5? *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 620-635. doi: 10.1002/eat.20727.
- Becker, A. E., Thomas, J. J. y Pike, K. M. (2011). Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-5? En R.H. Striegel-Moore, S. A. Wonderlich, B. T. Walsh y J. E. Mitchell (Eds.), *Developing an evidence based classification of eating disorders. Scientific findings of DSM-5* (pp. 299–334). Arlington: American Psychiatric Association.
- Beglin, S. J. y Fairburn, C. G. (1992). What is meant by the term 'binge'?, *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 123–24.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, M.K., Fok, D. y Yap, E. (1989). An adaptation of Stroop Test for measuring shape and food concerns in eating disorders: A quantitative measure of psychopathology? *International Journal of Eating Disorders*, 8(6), 681-687. doi:10.1002/1098-108X(198911)8:6<681::AID-EAT2260080609>3.0.CO;2-#.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P. y Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428–438. doi:10.1002/eat.20931.
- Beriain, J. e Iturrate, J. L. (1998). *La Teoría Sociológica*. Estella: Verbo Divino.
- Beumont, P. V. (1995). The clinical presentation of anorexia and bulimia Nervosa. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, (pp. 151–58). New York: Guilford Press.
- Beumont, P. V., Kopec-Schrader, E. M., Talbot, P. y Touyz, S. W. (1993). Measuring the specific psychopathology of eating disorder patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 175-183. doi:10.3109/00048679309075810.
- Birgegård, A., Clinton D. y Norring, C (2013). Diagnostic issues of binge eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 175–83. doi:10.1002/erv.2227.
- Bizquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariante*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.
- Blechert, J., Ansorge, U., Beckmann, S. y Tuschen-Caffier, B. (2011). The undue influence of shape and weight on self-evaluation in anorexia nervosa, bulimia nervosa and restrained eaters: A combined ERP and behavioral study. *Psychological Medicine*, 41(1), 185–94. doi: 10.1017/S0033291710000395.
- Borman, E., Wilfley, D. E., Tanofsky, M.B. y Brownell, K. D. (1997). Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 55-65. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<55::AID-EAT7>3.0.CO;2-2.

- Brownell, K.D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22(1), 1–12. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80239-4.
- Brownell, K. D. y Rodin J. (1994). The dieting maelstrom. Is it possible and advisable to lose weight? *American Psychologist*, 49(9), 781–91. doi:10.1037/0003-066X.49.9.781.
- Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (1993). Eating disorders in children: An overview. En En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (pp. 183–187). New York: Guilford Press.
- Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (1993). Eating disorders in children: An overview. En B. Lask y R. Bryant-Waugh (Eds.), *Childhood onset of anorexia nervosa and related eating disorders* (pp. 17-30). Hove, UK: Erlbaum.
- Bueno, V. (Julio de 2015). El enfermo virtual. *Le Monde Diplomatique*, pg. 3.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F.A. y Joyce, P.R. (1997). Initial manifestations of disordered eating behavior: dieting vs bingeing. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2). doi: 195-201. 10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<195::AID-EAT12>3.0.CO;2-0.
- Byrne, S. M., Allen, K. L., Lampard, A. M., Dove, E. R. y Fursland, A. (2010). The factor structure of the Eating Disorder Examination in clinical and community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 260–65. doi:10.1002/eat.20681.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. y Davis, J.M. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37(9), 1030-1035. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780220068007
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Coker, S. y Roger, D. (1990). The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(2), 223-231. doi:10.1016/0022-3999(90)90056-A.
- Consejo General de la Psicología de España (2009). *Código Deontológico Del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. Obtenido de <http://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Child Adolescent Health*, 6(1), 1–8. doi:10.1002/1098-108X(198701)6:1<1: AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9.

- Cooper, Z., Cooper, P. J. y Fairburn, C. G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807-812. doi: 10.1192/bjp.154.6.807.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Crisp, A. H. (1990). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Bailliere Tindall.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., Mitchell, J. E. y Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 32(3), 309-318. doi:10.1002/eat.10088
- Da Costa, M. y Halmi, K. A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11(4), 305-313. doi:10.1002/1098-108X(199205)11:4<305::AID-EAT2260110403>3.0.CO;2-2
- Dae, A., Robinson, P., Lawson, M., Turpin, J. A., Gregory, B. y Tobias, J. D. (2002). Psychologic and physiologic effects of dieting in adolescents. *Southern Medical Journal*, 95(9), 1032-1041.
- Devlin, M. J. (2007). Is there a place for eating disorders in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S83-S88. doi:10.1002/eat.20430
- Devlin, M. J., Golfein, J. A. y Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S191-S201. doi:10.1002/eat.10201
- Devlin, M. J., Walsh, B. T., Spitzer, R. L. y Hasin, D. (1992). Is there another Binge Eating Disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 11(4), 333-340. doi: 10.1002/1098-108X(199205)11:4<333::AID-EAT2260110407>3.0.CO;2-K.
- Drewnowski, A., Kurth, C. L. y Krahn, D. D. (1994). Body weight and dieting in adolescence: Impact of socioeconomic status, *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 61-65. Doi: 10.1002/1098-108X(199407)16:1<61::AID-EAT2260160106>3.0.CO;2-R
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahlilani, K., Thompson-Brenner, H. y Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM V. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-250. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951.

- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franco, D. L. y Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparisons of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 191-201. doi:10.1002/eat.10016
- Emmons, L. (1996). The relationship of dieting to weight in adolescents. *Adolescence*, 31(121), 167-78.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. En C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp 7-22). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370. doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fairburn, C. G. y Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691-701. doi:10.1016/j.brat.2004.06.011
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2007). Commentary: Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 107-10. doi:10.1002/eat.20460.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating Disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A. y Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM V. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1705-1715. doi:10.1016/j.brat.2007.01.010.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective population based study. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2249-255. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2249.
- Fairburn, C. G., Cooper Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Palmer, R.L. y Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-R8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y O'Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (16.0D). En C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 265-308). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 403-419.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407–16.
- Fairburn, C. G., Marcus, M.D. y Wilson G.T. (1993). Cognitive behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. y Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry* 52(4), 304–12. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950160054010.
- Fairburn, C. G., Peveler, R.C, Jones, R., Hope, R.A. y Doll, H.A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696–98. doi:10.1037/0022-006X.61.4.696.
- Fairburn, C. G. y Walsh, B. T. (1995). Atypical eating disorders. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 135–40). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Wilson, G. T. (1993). *Binge Eating: Nature Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Wilson, G.T. (1993). Binge eating: Definition and classification. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 3–14). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L. y Hay, P. J. (1993). The classification of recurrent overeating: The "binge eating disorder" proposal. *International Journal of Eating Disorder*, 13(2), 155-159. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<155::AID-EAT2260130203>3.0.CO;2-T
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18–33.
- Fichter, M. M., Elton, M., Engel, K., Meyer, A., Mall, H. y Poustka, F. (1991). Structured Interview for Anorexia and Bulimia nervosa (SIAB): Development of a new instrument for the assessment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 571-592. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:5<571::AID-EAT2260100510>3.0.CO;2-J.

- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E., Pisetsky, E. M., Peterson C. B., Byrne, C.E. y Le Grange, D. (2014). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, depressive symptoms and self-esteem among treatment seeking adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22, 230–36. doi: 10.1002/erv.2297.
- Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 33(3), 613–19. doi:10.1177/001316447303300309.
- French, S. A. y Jeffery, R.W. (1994). Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychology*, 13(3), 195–212. doi:10.1037/0278-6133.13.3.195.
- Garfinkel, P. E. (1992). Evidence in support of attitudes to shape and weight as a diagnostic criterion of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(4), 321–25. doi:10.1002/1098-108X(199205)11:4<321::AID-EAT2260110405>3.0.CO;2-V.
- Garfinkel, P. E. (1995). Classification and diagnosis of eating disorders. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn, (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 125-134). New York: Guilford Press.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., . . . Woodside, D. B. (1996). Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *British Journal of Psychiatry*, 168(4), 500-506. doi: 10.1192/bjp.168.4.500
- Garner, D. M. (1993). Binge eating in anorexia nervosa. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson, (Eds.), *Binge eating* (pp. 50-76). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. (1998). *Manual EDI-2: Inventario de trastornos de conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M. y Bemis, K. B. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123–50. doi:10.1007/BF01183887.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762.
- Garner, D. M., Olmsted, M.P. y 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. doi: 10.1002/1098-108x(198321)2:2<15::Aid-Eat2260020203>3.0.Co;2-6.

- Garner, D. M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. doi: 10.1017/S0033291700049163.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M. y Pike, K. M. (1997). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 94–144). New York: Guilford Press.
- Gilbert, S. C., Crump, S., Madhere, S. y Schutz, W. (2009). Internalization of the thin ideal as a predictor of body dissatisfaction and disordered eating in African, African-American, and Afro-Caribbean female college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23(3), 196–211. doi:10.1080/87568220902794093.
- Golden, B. R., Buzcek, T. y Robbins, S. B. (1986). Parameters of bulimia: Examining the compulsive eating scale. *Measurement in Evaluation in Counseling and Development*, 19(2), 84-92.
- Goldsmith, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G. y otros. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48(11), 187–93. doi: 10.1016/j.brat.2009.10.008.
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gordon, K. H., Denoma, J.M. y Joiner, T.E. (2005). The classification of eating disorders. En J. E. Mitchell y C. P. Peterson (Eds.), *Assessment of eating disorders* (pp. 17-31). New York.
- Grilo, C. M. (2008). Structured Instruments. En J. E. Mitchell y C.B. Peterson (Eds.), *Assessment of Eating Disorders* (pp. 79–97). New York: Guilford Press.
- Grilo, C. M., Crosby, R.D., Masheb, R. M., White M.A., Peterson, C.B., Wonderlich, S.A. .... Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 692–96. doi:10.1016/j.brat.2009.05.001.
- Grilo, C. M, Crosby, R. D., Peterson, C. P., Masheb, R. M., White, M. A., Crow, S.J. .... Mitchell, J. A. (2010). Factor structure of the Eating Disorder Examination Interview in patients with binge-eating disorder. *Obesity*, 18(5): 977–81. doi:10.1038/oby.2009.321.
- Grilo, C. M., Lozano, C. y Elder, K. A. (2005). Inter-rater and test-retest reliability of the Spanish language version of the Eating Disorder Examination Interview: Clinical and research implications. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(4), 231–40. doi:10.1097/00131746-200507000-00003.



- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Lozano-Blanco, C. y Barry, D. T. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 80–85. doi:10.1002/eat.10238.
- Grilo, R. M. y White, M. A. (2010). Significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder: A comparative study with overweight and bulimia nervosa. *Obesity*, 18(3), 499-504. doi:10.1038/oby.2009.280.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (2004). *Análisis multivariante*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de test para su uso en diferentes idiomas y culturas, fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (Ed.), *Psicometría* (pp. 207-238). Madrid: Universitas.
- Hambleton, R. K. (1996). Guidelines for adapting educational and psychological test: A progress report. *European Journal of Eating Disorders*, 10, 229-244.
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172. doi:10.1027//1015-5759.17.3.164
- Hambleton, K. H. y Kanjee, A. (1995). Increasing the validity of cross cultural assessments: use of improved methods for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(3), 174-157. doi:10.1027/1015-5759.11.3.147
- Hattie, J. (1985). Methodology review: assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9(2), 138-164.
- Hawkins, R.C. y Clement, P. F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of Binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5(3), 219-226. doi: 10.1016/0306-4603(80)90042-8.
- Henderson, M. y Freeman, P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150(1), 18–24. doi:10.1192/bjp.150.1.18.
- Henson, R. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393–416. doi: 10.1177/0013164405282485.
- Herzog, D. B., Field, A. E., Keller, M. B., West, J. C., Robbins, W. M., Staley, J. y Colditz, G. A. (1996). Subtyping eating disorders: Is it justified? *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 35(7), 928-936. doi:10.1097/00004583-199607000-00020.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. y Ohms, M. (2004). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige version des strukturierten essstörungsinterviews. *Diagnostica*, 50(2), 98–106. doi:10.1026/0012-1924.50.2.98.

- Hill, A. J. (1993). Preadolescent Dieting. *International Review of Psychiatry*, 5(1), 87–100. doi:10.3109/09540269309028297.
- Hill, A. J. y Bhatti, R., (1995). Body shape perception and dieting in preadolescent British Asian girls: Links with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 175–83. doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:23.0.CO;2-6
- Hill, A. J., Oliver, S. y Rogers, P. R. (1992). Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence. *The British Journal of Clinical Psychology*, 31(Pt 1), 95–105. doi:10.1111/j.2044-8260.1992.tb00973.x.
- Hogarty, K. Y., Hines C. V., Kromrey J. D., Ferron J. M. y Mumford K. R. (2005). The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: The influence of sample size, communalities, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement*, 65(2), 202–26. doi:10.1177/0013164404267287.
- Hsu, L. K. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- James, P. T., Leach R., Kalamara, E. y Shayeghi, M. (2001). The worldwide obesity epidemic. *Obesity Research*, 9(S4), 228S – 233S. doi:10.1038/oby.2001.123.
- Keel, P.K., Brown, T.A., Holm-Denoma, J. y Bodell, L.P. (2011). A comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorder*, 44(6), 553-560. doi: 10.1002/eat.20892.
- Keel, P. K., Heatherton, T. F., Baxter, M. G. y Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting and eating disordered symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 422–32. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.422.
- Keel, P. K. y Striegel-Moore, R.H. (2009). The validity and clinical utility of purging disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 706–19. doi:10.1002/eat.20718.
- Koch, S., Quadflieg, N. y Fichter, M. (2013). Purging disorder: A comparison to established eating disorders with purging behaviour. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 265–75. doi:10.1002/erv.2231.
- Kutlesic, V., Williamson, B. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M. y Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10(1), 41-48. doi: 10.1037/1040-3590.10.1.41
- Lacey, J. H. (1995). Inpatient treatment of multiimpulsive bulimia nervosa. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (pp. 361-368). New York: Guilford Press.

- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (1997). Prepubertal eating disorders. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 476-483). New York: Guilford Press.
- Lau, L. L., Lee, S., Lee, E. y Wong, W. (2006). Cross cultural validity of the Eating Disorder Examination: a study of chinese outpatients with eating disorders in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16, 132-132.
- Lavender, J. M., Crosby, R. D. y Wonderlich, S. A. (2013). Dimensions in the eating disorders: Past, present and future: Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 404-407. doi: 10.1002/eat.22121
- Lee, S, Lee, A.M. y Leung, T. (1998). Cross-cultural validity of the Eating Disorder Inventory: A study of Chinese patients with eating disorders in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 177-88. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199803)23:2<177::AID-EAT8>3.0.CO;2-.
- Lipovetsky, G. (1983). *La era del vacío: Ensayo sobre el individualismo contemporáneo*. Madrid: Anagrama.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Henández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems. Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi:10.6018/analesps.30.3.199361
- Loeb, K. L., Pike, K. M., Walsh, B. T. y Wilson, G. T. (1994). Assessment of diagnostic features of bulimia nervosa: Interview versus self-report format. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 75-81. doi: 10.1002/1098-108X(199407)16:1<75::AID-EAT2260160108>3.0.CO;2-E.
- Lundholm, J. K. y Wolins, L. (1987). Disordered eating and weight control behaviors among male and female university students. *Addictive Behaviors*, 12(3), 275-279. doi: 10.1016/0306-4603(87)90039-6.
- MacCallum, R., Widaman K., Zhang, S. y Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. doi: 10.1037/1082-989X.4.1.84
- Mannucci, E., Ricca, V., Di Bernardo, M., Moretti, S., Cabras, P. L. y Rotella, C. M. (1997). Psychometric properties of EDE 12.0D in obese adult patients without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 2(3), 144-49. doi: 10.1007/BF03339965.
- Marcus, M. D. y Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorder*, 42(8), 739-753. doi:10.1002/eat.20725
- Martz, D. M., Sturgis, E. T. y Gustafson, S. B. (1996). Development and preliminary validation of the cognitive behavioral dieting scale. *International Journal of*

*Eating Disorder*, 19(3), 297-309. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199604)19:3<297::AID-EAT9>3.0.CO;2-H

- Masheb, R.M., Grilo, C.M., Burke-Martindale, C. H. y Rothschild, B.S. (2006). Evaluating oneself by shape and weight is not the same as being dissatisfied about shape and weight: A longitudinal examination in severely obese gastric bypass patients. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 716–20. doi:10.1002/eat.20311.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Bone, M., Trinner, A., Balfour, L. y Bissada, H. (2012). Purging disorder: Psychopathology and treatment outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 36-42. doi: 10.1002/eat.20893
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. y Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating diagnosis: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187(6), 573-578. doi: 10.1192/bjp.187.6.573.
- Mintz, L. B., O'Halloran, M. S., Mulholland, A. M. y Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 63-79. doi: 10.1037/0022-0167.44.1.63.
- Mitchell, J. E., Pomeroy, C. y Adson, D. E. (1997). Managing medical complications. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook for treatment of eating disorders* (pp. 383-393). New York: Guilford Press.
- Mond, J. M., Latner, J. D., Hay, P. H., Owen, C. y Rodgers, B. (2010). Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: Another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 661–69. doi:10.1016/j.brat.2010.03.020.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B. y Owen, C. (2007). Recurrent binge eating with and without the 'Undue Influence of Weight or Shape on Self-Evaluation': Implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 929–38. doi:10.1016/j.brat.2006.08.011.
- Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Nunnally, J., (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. Mexico: McGraw-Hill.
- Ojserkis, R., Sysko, R., Goldfein, J. A. y Devlin, M. J. (2012). Does the overvaluation of shape and weight predict initial symptom severity or treatment outcome among patients with binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 603–8. doi:10.1002/eat.20981.
- Palmer, R., Christie, M., Cordle, C., Davies, D. y Kenrick, J. (1987). The Clinical Eating Disorder Rating Instrument (CEDRI): A preliminary description. *International*

- Journal of Eating Disorders*, 6(1), 9-16. doi:10.1002/1098-108X(198701)6:1<9::AID-EAT2260060103>3.0.CO;2-Z
- Pelaez-Fernández, M. A., Labrador, J. y Raich, R. M. (2012). Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) -Spanish version- for screening eating disorders. *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817-824. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2012.v15.n2.38893. Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 25(1), 107-114.
- Peterson, C. B. (2005). Conducting the diagnostic interview. En J. E. Mitchell y C. B. Peterson (Eds.), *Assessment of Eating Disorders* (pp. 32–58). New York: Guilford Press.
- Peterson, C. B., Crow, S. J., Swanson, S. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J... Halmi, K. A., (2011). Examining the stability of DSM–IV and empirically derived eating disorder classification: Implications for DSM–5. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 777–83. doi:10.1037/a0025941.
- Peterson, C. B., Swanson, S. A. Crow, S. J., Mitchell, J. E., Agras, W. S., Halmi, K. A..... Berg, K.C. (2012). Longitudinal stability of binge-eating type in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 664–69. doi:10.1002/eat.22008.
- Pike, K. M. (2013). Classification, culture and complexity: A global look at the diagnosis of eating disorders: Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 408-411. doi: 10.1002/eat.22122
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1995). Dieting and its relation to eating disorders. En K.D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 83–86). New York: Guilford Press.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 1–6. doi:10.1521/jscp.23.1.1.26986.
- Pollert, G. A., Engel, S. G., Schreiber-Gregory, D. N., Crosby, R. D., Cao, L., Wonderlich, S. A..... Mitchell, J. E. (2013). The role of eating and emotion in binge eating disorder and loss of control eating. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 233–38. doi:10.1002/eat.22061.
- Real Academia Española, (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Raich, R. M., Mora, M., Sanchez, D. y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (Eating Disorder Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en la población universitaria. *Anorexia y Bulimia*, 3-4.

- Raich, R. M., Mora, M. S., Torrás, J. y Sánchez, D. (2000). Uso de la entrevista EDE para evaluar los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista de Psicología Contemporanea*, 7(1), 36-47.
- Rizvi, S. L., Peterson, C. B., Crow, S. J., Agras, W.S. (2000). Test-retest reliability of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 311–316. doi: 10.1002/1098-108X(200011)28:3<311::AID-EAT8>3.0.CO;2-K
- Rockert, W., Kaplan, A. S. y Olmsted, M. (2007). Eating Disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S99-S103. doi: 10.1002/eat.20482
- Rodin, J., Silberstein, L. y Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*. Vol. 32. Nebraska.
- Rosen, J. C., Vara, L., Wendt, S. y Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 519–28. DOI: 10.1002/1098-108X(199009)9:5<519::Aid-Eat2260090507>3.0.Co;2-K.
- Rossiter, E. M., Agras, W.S. Telch, C. F. y Bruce R.D. (1992). The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 11(2), 111-120. doi: 10.1002/1098-108X(199203)11:2<111::AID-EAT2260110203>3.0.CO;2-J.
- Russell, G. F. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. doi:10.1017/S0033291700031974g
- Russell, G. F. (1997). The history of bulimia nervosa. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 11-24). New York: Guilford Press.
- Schreiber-Gregory, D. N., Lavender, J. M., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R.D., Peterson, C.B..... Mitchell, J. E. (2013). Examining duration of binge eating episodes in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 810–14. doi:10.1002/eat.22164.
- Selzer, R., Hamill, C., Bowes, G. y Patton, G. (1996). The Branched Eating Disorder Test: Validity in a non clinical population. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 57-64. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<57::AID-EAT7>3.0.CO;2-3
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P. y Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101. doi:10.1002/eat.10228.
- Shafran, R., Lee, M., Payne E. y Fairburn, C. G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 113-121. doi:10.1016/j.brat.2006.01.015.

- Shrout, P. E. y Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420–28. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420.
- Silverman, J. A. (1995). History of anorexia nervosa. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn, (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 141-144). New York: Guilford Press.
- Silverman, J. A. (1997). Anorexia nervosa: historical perspective on treatment. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 3-11). New York : Guilford Press.
- Slade, P. D. y Dewey, M. E. (1986). Development and preliminary validation of SCANS: a screening instrumento for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 517-538. doi: 10.1002/1098-108X(198603)5:3<517::AID-EAT2260050309>3.0.CO;2-6
- Smink, F. R., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Report*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Smith, M. C. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872. doi:10.1037/0022-006X.52.5.863.
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., . . . Nonas, C. (1991). Binge Eating Disorder: To be or not to be in DSM IV. *International Journal of Eating Disorders*, 10(6), 627-29. doi: 10.1002/1098-108X(199111)10:6<627::AID-EAT2260100602>3.0.CO;2-4.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., . . . Nonas, C. (1992). Binge Eating Disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203. doi: 10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., . . . Horne, L. (1993). Binge Eating Disorde: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eatin Disorders*, 13(2), 137-153. doi: 10.1002/1098-108X(199303)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-#.
- Stark-Wroblewski, K., Yanico, B.J. y Lupe, S. (2005). Acculturation, internalization of western appearance norms, and eating pathology among Japanese and Chinese international student women. *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 38–46. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00166.x.
- Stice, E., (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–48. doi:10.1037/0033-2909.128.5.825.

- Stice, E., Marti, C.N. y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. doi:10.1037/a0030679.
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H. y Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587-597. doi:10.1037/a0016481
- Streiner, D. L. (2003a). Being inconsistent about consistency. When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality assessment*, 80(3), 217-222. doi:10.1207/S15327752JPA8003\_01
- Streiner, D. L. (2003b). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103. doi: 10.1207/S15327752JPA8001\_18
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L. y García, J. (2009). The validity and clinical utility of night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 720–38. doi:10.1002/eat.20721.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C. y Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7 SUPPL.). doi:10.1002/eat.20429.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A. y Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 237-245. doi: 10.1002/1098-108X(199511)18:3<237::AID-EAT2260180305>3.0.CO;2-1
- Sysko, R., Goldfein, J. A. y Devlin, M. J. (2012). Does overevaluation of shape and weight predict initial symptom severity or treatment outcome among patients with binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 603-608. doi: 10.1002/eat.20981
- Sysko, R., Roberto, C. A., Barnes, R. D., Grilo, C.M., Attia, E. y Walsh, B.T. (2012). Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Research*, 96(2-3), 302–8. DOI:10.1016/j.psychres.2011.12.021.
- Sysko, R. y Walsh, B. T. (2011). Does the Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED) scheme reduce the frequency of eating disorder not otherwise specified? *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 625-629. doi: 10.1002/eat.20860



- Tasca, G. A., Maxwell, H., Bone, M., Trinneer, A., Balfour, L. y Bissada, H. (2012). Purging disorder: Psychopathology and treatment outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 36–42. doi:10.1002/eat.20893.
- Telch C. F. y Agras W. S. (1993). Effects of a very low calorie diet on binge eating. *Behavior therapy*, 24(2), 177-193. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80262-X.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S. y Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 119-124. doi: 10.1037/1040-3590.3.1.119.
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R. y Brownell, K. D. (2009). The relationships between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 405-433. doi:10.1037/a0015326.
- Thompson, J. K. (2001). Introduction: Body Image, eating disorders, and obesity. An emerging synthesis. En J. K. Thompson (Ed.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity* (pp. 1–20). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Van de Vijver, F. y Hambleton, R. K. (1996). Translating test: some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P. y Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restraint emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale. *Eating Disorders*, 1(2), 115-122. doi:10.1080/10640269308248279.
- Vannucci, A., Theim, K. R., Andrea E. K., Trockel, M., Genkin, B., Rizk, M., ..... Taylor, C. B. (2013). What constitutes clinically significant binge eating? Association between binge features and clinical validators in college-age women. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 226–32. doi:10.1002/eat.22115.
- Veale, D. (2002). Overvalued ideas: A conceptual analysis. *Behavior Research and Therapy*, 40(4), 383–400. doi:10.1016/S0005-7967(01)00016-X.
- Vervaet, M. y Van Heeringen, C. (1995). Binge eating in obese patients five years after treatment. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3(3), 229-236. doi: 10.1080/10640269508249166.

- Wade, T. D., Zhu, G. y Martin, N.G. (2011). Undue influence of weight and shape: Is it distinct from body dissatisfaction and concern about weight and shape? *Psychological Medicine*, 41(4), 819–28. doi:10.1017/S0033291710001066.
- Wade, T. D., Byrne, S. y Bryant-Waugh, R. (2008). The Eating Disorder Examination: Norms and construct validity with young and middle adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 551–58. doi:10.1002/eat.20526.
- Waller, G. (2008). A Transdiagnostic' model of the eating disorders: A new way to open the egg? *European Eating Disorders Review*, 16(3), 165–72. doi:10.1002/erv.869.
- Walsh, B. T. y Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 25-33). New York: Guilford Press.
- Walsh, B.T. y Satir, D. A. (2005). Diagnostic Issues. En J. E. Mitchell y C. B. Peterson (Eds.), *Assessment of Eating Disorders* (pp. 1-16). New York: Guilford Press.
- Walsh, B. T. y Sysko, R. (2009). Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 754-764. doi: 10.1002/eat.20722.
- Watson, T. L. y Andersen, A. E. (2003). A critical examination of amenorrhoea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 175-182. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00201.x
- Webster's Dictionary Encyclopedic Unbridged Dictionary of the English Language, (1996). New Jersey: Gramercy Books
- Wifley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T. y Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM V. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S123-S129. doi: 10.1002/eat.20436
- Wildes, J. E. y Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: Three models and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 396-403. doi: 10.1002/eat.22091.
- Williams, G. J., Power, K. G., Miller, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., . . . Parry-Jones, W. L. (1994). Development and validation of the Stirling Eating Disorder Scales. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 35-43. doi: 10.1002/1098-108X(199407)16:1<35:AID-EAT2260160103>3.0.CO;2-4
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H. y Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10. doi: 10.1002/eat.20074

- Wilksch, S. M. y Wade, T.D. (2010). Risk factors for clinically significant importance of shape and weight in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 206–15. doi:10.1037/a0017779.
- Wilson, G. T. (1993). Assessment of Binge Eating. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 227–249). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (1995). The controversy over dieting. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.) *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (pp. 87–94). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., Agras, W. S. (1997). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn, *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (pp. 67–93). New York: Guilford Press.
- Wilson, A. J., Touyz, S. W., Stuart, M. D. y Beumont, P. (1989). The Eating Behavior Rating Scale (EBRS): A measure of eating pathology in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 583-592. doi: 10.1002/1098-108X(198909)8:5<583::AID-EAT2260080510>3.0.CO;2-N.
- Wolfe, B. E., Wood-Baker, C., Smith, A.T. y Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674–85. doi:10.1002/eat.20728.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D. y Engel, S. E. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705. doi:10.1002/eat.20719
- Wonderlich, S. A., Joiner, T. E., Keel, P. K., Williamson, D. A. y Crosby, R. D. (2007). Eating disorder diagnosis: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62(3), 167-180. doi:10.1037/0003-066X.62.3.167
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva; Switzerland: World Health Organization.







Anexos.

---





# 11. ANEXOS

## iAnexo 1. Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa: comparación del DSM-IV y el DSM-5.

| F50,0 Anorexia nerviosa [307.1] DSM-IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | F50,0 Anorexia nerviosa [307.1] DSM-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o, fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p>Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p>Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p> | <p>Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o, fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, O CONDUCTA PERSISTENTE QUE INTERFIERE EL AUMENTO DE PESO incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p>Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p>Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p>Especificar si:</p> <p>Remisión parcial: Tras cumplir los criterios diagnósticos completos para la anorexia nerviosa, durante un período de tiempo sostenido, el criterio A no se ha cumplido</p> <p>Remisión total: Tras cumplir los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, no se cumple ninguno de los criterios durante un período de tiempo sostenido.</p> <p>Especificar la gravedad actual.</p> <p>Para los adultos el nivel mínimo de severidad se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC) actual (ver abajo) o en niños y adolescentes en el percentil del IMC. Las RANGES de abajo se derivan de las categorías de delgadez propuestas para los adultos por la OMS; para los niños y adolescentes se deberán aplicar los percentiles de IMC correspondientes. El nivel de severidad podría aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el nivel de incapacidad funcional o la necesidad de supervisión.</p> <p>Ligero: <math>IMC &gt; 17 \text{ kg/m}^2</math></p> <p>Moderado: <math>IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2</math></p> <p>Severo: <math>IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2</math></p> <p>Extremo: <math>IMC &lt; 15 \text{ kg/m}^2</math></p> |

**Anexo 2. Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa: comparación del DSM-IV y el DSM-5.**

| F50,2 Bulimia nerviosa [307.51] DSM-IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | F50,2 Bulimia nerviosa [307.51] DSM-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)</p> <p>Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar como promedio, el menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.</p> <p>La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p>Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p>Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso</p> | <p>Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)</p> <p>Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar como promedio, el menos 2 veces UNA VEZ a la semana durante un periodo de 3 meses.</p> <p>La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p>Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p>Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso</p> <p>Especificar si:</p> <p>Remisión parcial: Tras cumplir los criterios diagnósticos completos para la bulimia nerviosa, se han cumplido algunos, pero no todos los criterios durante un periodo de tiempo sostenido.</p> <p>Remisión total: Tras cumplir los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ningún criterio durante un periodo de tiempo sostenido.</p> <p>Especificar la gravedad actual.</p> <p>El nivel mínimo de severidad se basa en la frecuencia de las conductas compensatorias inadecuadas (ver abajo). El nivel de severidad podría aumentar para reflejar otros síntomas o el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Ligero: Un promedio de 1-3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.</p> <p>Severo: Un promedio de 8-13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.</p> |

**Anexo 3. Criterios diagnósticos para el trastorno de atracones: comparación del DSM-IV y el DSM-5.**

| Trastorno por atracón DSM-IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Trastorno por atracón 307.51 (F50,8) DSM-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ingesta, de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.</li> <li>(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)</li> </ol> <p>Los episodios de atracón se asocian a tres o (más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ingesta mucho más rápida de lo normal</li> <li>(2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno</li> <li>(3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre</li> <li>(4) comer a solas para esconder su voracidad</li> <li>(5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o culpabilidad después del atracón</li> </ol> <p>Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.</p> <p>Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer el umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.</p> <p>El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa.</p> | <p>Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ingesta, de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.</li> <li>(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)</li> </ol> <p>Los episodios de atracón se asocian a tres o (más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ingesta mucho más rápida de lo normal</li> <li>(2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno</li> <li>(3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre</li> <li>(4) comer a solas para esconder su voracidad</li> <li>(5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o culpabilidad después del atracón</li> </ol> <p>Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días UN DÍA a la semana durante 6 TRES meses. Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer el umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.</p> <p>El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Remisión parcial: Tras cumplir los criterios diagnósticos completos para el trastorno por atracón, los atracones se producen como promedio menos de una vez a la semana durante un periodo de tiempo sostenido.</p> <p>Remisión total: Tras cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón, no se ha cumplido ningún criterio durante un periodo de tiempo sostenido.</p> <p>Especificar la gravedad actual.</p> <p>El nivel mínimo de severidad se basa en la frecuencia de las conductas compensatorias inadecuadas (ver abajo). El nivel de severidad podría aumentar para reflejar otros síntomas o el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Ligero: Un promedio de 1-3 atracones por semana.</p> <p>Moderado: Un promedio de 4-7 atracones por semana.</p> <p>Severo: Un promedio de 8-13 atracones por semana.</p> <p>Extremo: Un promedio de 14 o más atracones por semana.</p> |

**Anexo 4. Criterios diagnósticos para el trastorno de conducta alimentaria no especificado:  
comparación del DSM-IV y el DSM-5.**

| Trastorno de conducta alimentaria no especificado<br>307.50 (F50,9) DSM-IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Trastorno de la ingesta o de la conducta alimentaria<br>no especificado 307. 50 (F50,9) DSM-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.</p> <p>Se cumplen los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</p> <p>Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.</p> <p>Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).</p> <p>Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.</p> <p>Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.</p> | <p>En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.</p> <p>Se cumplen los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</p> <p>Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.</p> <p>Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).</p> <p>Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.</p> <p>Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.</p> <p>Esta categoría se aplica a las manifestaciones en las que los síntomas característicos de un trastorno de la ingesta o de la conducta alimentaria causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes pero no cumplen los criterios diagnósticos completos de ninguno de los trastornos de la ingesta o de la conducta alimentaria. La categoría de trastorno de la ingesta o de la conducta alimentaria no especificado se usa en las situaciones en las que el clínico elige no especificar la razón por la que los criterios no se cumplen para un trastorno de la ingesta y la conducta alimentaria, e incluye las manifestaciones en las que la información existente es insuficiente para realizar un diagnóstico más específico (por ejemplo, en el marco de una sala de urgencias).</p> |

---

**Anexo 5. Orientaciones para valorar la cantidad del consumo de comida.**

En el entorno sociocultural en el que vivimos el patrón de conducta alimentaria consta de tres tomas principales desayuno, comida y cena, intercaladas por dos tomas menores y opcionales, tentempié a media mañana y merienda a media tarde.

Aunque estas tres opciones de desayuno son las que se consideran normales, es relativamente frecuente, sobre todo en los casos de estudiantes o profesionales consumir café con leche exclusivamente o café con leche y zumo de naranja. En algunos de estos casos a media mañana en lugar de tomar un café con leche se toma un pincho para compensar el desayuno ligero.

En general, el almuerzo constituye la principal comida del día. Suele componerse de tres platos. Se comienza por un primer plato de verdura o legumbre (lentejas, garbanzos, alubias) o arroz o pasta. La mayoría de las personas consumen legumbre de 2 ó 3 días semanalmente y arroz o pasta otros 2 ó 3 días por semana, mientras que la verdura es el tipo de alimento menos frecuente 1 ó 2 días a la semana. A continuación, se consume carne blanca, carne roja o pescado acompañados de guarnición -pimientos, patatas, tomate-. El consumo de carne supera al consumo de pescado, siendo el tipo de carne más frecuente el ave, seguida por la carne roja de vacuno y en último lugar el porcino. No suele ser frecuente consumir huevos como segundo plato y sí croquetas circunstancialmente. En cuanto a la preparación se utiliza la fritura, el albardado y el empanado, las personas que están a dieta sin embargo eligen la plancha, el asado y el cocido. En lo referente al postre, predomina el consumo de lácteos, pero entre las personas que comen menús en bares es frecuente elegir el dulce. En algunas familias se da opción a ensalada, la ensalada más habitual suele componerse de lechuga, tomate y cebolla. La comida se acompaña de pan aunque en los últimos años su consumo ha descendido notablemente, especialmente entre la población femenina debido a la idea de que el consumo de pan favorece el aumento de peso mientras que la restricción del consumo de pan lo disminuye. Normalmente la comida se finaliza con un café. En relación al consumo de bebidas alcohólicas es infrecuente entre las mujeres y más habitual entre los varones.

La merienda, hábito generalizado entre niños, no es infrecuente entre adultos. Las mujeres suelen tomar un café con leche, los hombres una cerveza, caña o vino, pero no consumen comida. Entre los adolescentes, sin embargo, predomina el consumo de un bocadillo o un dulce, por ejemplo una palmera.

En cuanto a cena, el tipo de cena ha sufrido una evolución en los últimos años, aligerándose respecto a lo que era habitual hace algunas décadas. En palabras de los especialistas consultados se distinguen cuatro tipos de cena que describimos a continuación. En primer lugar, estaría la denominada cena fría que se compone de pan, embutido, queso y paté. En segundo lugar tenemos la cena caliente frita que se ofrece varias alternativas huevo frito con patatas fritas y embutido, por un lado y hamburguesa o salchichas o pescado con patatas fritas, por otro. En tercer lugar, la cada vez mayor influencia de la cultura y el estilo de vida americanos se refleja en los hábitos alimentarios de la población. Resulta cada vez más frecuente cenar un sándwich, una hamburguesa o una pizza. Por último, encontramos la cena dietética que suele componerse de una ensalada variada con algo de carne, pescado, embutido, queso, maíz o huevo.....

Algunas personas consumen leche con galletas o algún dulce después de cenar y antes de irse a la cama.

Este perfil varía sensiblemente los fines de semana. El desayuno suele ser más copioso que el de los días de labor. Los sábados, domingos y días de fiesta existe la costumbre de tomar un aperitivo antes de la comida. El aperitivo

suele componerse de una bebida, (mosto, biter, vermut, vino acompañado de rabas o un pincho por ejemplo). Las cenas fuera de casa suelen concentrarse los viernes y sábados, suele tratarse de cenas especiales en las que se come más cantidad de la que es habitual cenar los días de labor. El tipo de alimento que se consume también suele ser distinto, entre los más jóvenes la elección suele recaer en hamburguesa, pizza o sándwich, entre los mayores una cena de tres platos con postre dulce.

**Anexo 6. Perfiles de los hábitos alimentarios más generalizados en nuestro entorno sociocultural**

|                 |                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------|
| <b>DESAYUNO</b> | Café con leche                                       |
|                 | Bollo o croissant o tostada                          |
|                 | (con mantequilla y mermelada)                        |
|                 | Café con leche                                       |
|                 | 1-2 magdalenas 0 3-4 galletas                        |
|                 | Zumo de naranja o fruta                              |
|                 | Café o té                                            |
|                 | Cereales con leche o yogur.                          |
|                 | Pincho (tortilla, bocadillo de jamón)                |
| <b>COMIDA</b>   | <u>Primer plato</u>                                  |
|                 | Verdura o legumbres o pasta o arroz.                 |
|                 | <u>Segundo plato.</u>                                |
|                 | Carne o pescado.                                     |
|                 | Guarnición (patatas, pimientos, tomate..)            |
|                 | <u>Ensalada</u> opcional (lechuga, tomate, cebolla)  |
|                 | <u>Postre.</u>                                       |
|                 | Fruta temporada o lácteo o dulce.                    |
| <b>MERIENDA</b> | Normalmente no se merienda                           |
| <b>CENA</b>     | <u>Cena fría.</u>                                    |
|                 | Pan, embutido, queso y paté.                         |
|                 | <u>Caliente frita.</u>                               |
|                 | Huevo frito, patatas y embutido.                     |
|                 | Hamburguesa o salchichas o pescado y patatas fritas. |
|                 | <u>Americana.</u>                                    |
|                 | Sándwich.                                            |
|                 | Hamburguesa.                                         |
|                 | Bocadillo.                                           |
|                 | Pizza.                                               |
|                 | <u>Dietética.</u>                                    |
|                 | Ensalada única.                                      |
| <b>RECENA</b>   | Leche con galletas, algún dulce o chocolate.         |

*OBSERVACIONES: La descripción facilitada hasta el momento corresponde a la población general, pero existen características diferenciales en algunos subgrupos de población. Puesto que el estudio de validación se realizará con mujeres de edad comprendida entre 16 y 35 años, se considera oportuno hacer mención a ciertos hábitos frecuentes entre el subgrupo de mujeres jóvenes. Estas características fueron calificadas por los expertos como indicadores de posibles alteraciones alimentarias: Saltarse el desayuno, saltarse la comida, cenar sistemáticamente y exclusivamente fruta o yogures, ausencia en la dieta de alimentos tales como: pasta, patatas. Alimentos mágicos: fruta, verdura, pescado, yogur. Alimentos temidos: dulce y pan.*

**Anexo 7. Correspondencia en la clasificación de las comidas según versiones ES-EDE**

| EDE 12.0D                   | ES-EDE0                            |
|-----------------------------|------------------------------------|
| <i>Breakfast</i>            | <i>Desayuno</i>                    |
| <i>Mid-morning snack.</i>   | <i>Tentempié a media mañana.</i>   |
| <i>Lunch.</i>               | <i>Comida.</i>                     |
| <i>Mid afternoon snack.</i> | <i>Merienda.</i>                   |
| <i>Evening meal.</i>        | <i>Cena.</i>                       |
| <i>Evening snack.</i>       | <i>Picoteo después de la cena.</i> |
| <i>Nocturnal snack.</i>     |                                    |

**Anexo 8. Clasificación cronológica de las comidas (versión original)**

| TIMETABLE            | NAME                     |
|----------------------|--------------------------|
| <b>6:30 a 8:30</b>   | <i>Breakfast</i>         |
| <b>10:30 a 12:00</b> | <i>Mid-morning snack</i> |
| <b>13:30 a 15:30</b> | <i>Lunch</i>             |
| <b>21:00 a 22:00</b> | <i>Evening meal</i>      |
|                      | <i>Evening snack</i>     |
|                      | <i>Nocturnal snack</i>   |

**Anexo 9. Detalle del criterio de codificación utilizado**

| CRITERIO<br>CODIFICACIÓN | RESPUESTA                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>0</b>                 | Ausencia de la característica.                              |
| <b>1</b>                 | Característica presente de 1 a 5 días.                      |
| <b>2</b>                 | Característica presente de 6 a 12 días.                     |
| <b>3</b>                 | Característica presente de 13 a 15 días.                    |
| <b>4</b>                 | Característica presente de 16 a 22 días.                    |
| <b>5</b>                 | Característica presente casi todos los días (23 a 27 días). |
| <b>6</b>                 | Característica presente todos los días.                     |



**Anexo 10. Información otorgada a los participantes**

| GUIÓN DE CUESTIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de comenzar queremos agradecer sinceramente tu participación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entendemos que se trata de una decisión libre y voluntaria.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizamos el anonimato.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizamos el compromiso de que el uso de datos se circunscribe a esta investigación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cambiaras de opinión y no quisieras continuar comunícanoslo, por favor.</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estamos realizando un estudio en el que se van a utilizar las preguntas que aparecen a continuación. Como puedes imaginar es muy importante que las personas entiendan las preguntas sin dificultades. En este sentido, tu colaboración puede resultarnos de gran ayuda</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• No necesitamos que respondas a las preguntas. Nos gustaría que nos dijeras:</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si entiendes la pregunta o no y por qué.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es una pregunta fácil o difícil de responder y por qué.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para facilitarte el trabajo te proponemos una lista de posibilidades.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |

**Anexo 11. AD. Validación cruzada: clasificación a priori y a posteriori, probabilidades de pertenencia. (TODOS)**

| Observación | A priori | A posteriori | AN    | BN    | NC    | REM   | TCA_NE | TOTAL |
|-------------|----------|--------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Obs1        | NC       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002  | 1,000 |
| Obs2        | NC       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002  | 1,000 |
| Obs3        | AN       | TCA_NE       | 0,010 | 0,002 | 0,244 | 0,186 | 0,559  | 1,000 |
| Obs4        | NC       | NC           | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001  | 1,000 |
| Obs5        | NC       | NC           | 0,004 | 0,000 | 0,988 | 0,007 | 0,001  | 1,000 |
| Obs6        | AN       | AN           | 0,980 | 0,000 | 0,001 | 0,001 | 0,018  | 1,000 |
| Obs7        | NC       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002  | 1,000 |
| Obs8        | NC       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002  | 1,000 |
| Obs9        | NC       | TCA_NE       | 0,229 | 0,217 | 0,026 | 0,002 | 0,526  | 1,000 |
| Obs10       | TCA_NE   | TCA_NE       | 0,087 | 0,406 | 0,000 | 0,000 | 0,506  | 1,000 |
| Obs11       | NC       | NC           | 0,036 | 0,001 | 0,930 | 0,002 | 0,031  | 1,000 |
| Obs12       | BN       | NC           | 0,010 | 0,000 | 0,981 | 0,008 | 0,002  | 1,000 |
| Obs13       | AN       | AN           | 0,582 | 0,006 | 0,317 | 0,048 | 0,046  | 1,000 |
| Obs14       | NC       | NC           | 0,005 | 0,000 | 0,987 | 0,006 | 0,001  | 1,000 |
| Obs15       | NC       | NC           | 0,021 | 0,000 | 0,970 | 0,003 | 0,006  | 1,000 |
| Obs16       | BN       | TCA_NE       | 0,181 | 0,150 | 0,005 | 0,000 | 0,664  | 1,000 |
| Obs17       | NC       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002  | 1,000 |
| Obs18       | NC       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002  | 1,000 |
| Obs19       | BN       | TCA_NE       | 0,005 | 0,141 | 0,001 | 0,000 | 0,852  | 1,000 |
| Obs20       | TCA_NE   | BN           | 0,000 | 0,999 | 0,000 | 0,000 | 0,000  | 1,000 |
| Obs21       | AN       | AN           | 0,980 | 0,000 | 0,014 | 0,000 | 0,006  | 1,000 |
| Obs22       | TCA_NE   | NC           | 0,008 | 0,116 | 0,485 | 0,001 | 0,389  | 1,000 |
| Obs23       | AN       | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,994 | 0,005 | 0,001  | 1,000 |
| Obs24       | AN       | NC           | 0,015 | 0,000 | 0,972 | 0,008 | 0,006  | 1,000 |
| Obs25       | REM      | AN           | 0,899 | 0,004 | 0,078 | 0,002 | 0,018  | 1,000 |
| Obs26       | REM      | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,995 | 0,003 | 0,002  | 1,000 |
| Obs27       | AN       | AN           | 0,611 | 0,023 | 0,071 | 0,105 | 0,190  | 1,000 |
| Obs28       | TCA_NE   | NC           | 0,001 | 0,000 | 0,990 | 0,009 | 0,001  | 1,000 |
| Obs29       | TCA_NE   | TCA_NE       | 0,053 | 0,266 | 0,001 | 0,000 | 0,681  | 1,000 |
| Obs30       | NC       | NC           | 0,059 | 0,000 | 0,931 | 0,006 | 0,004  | 1,000 |
| Obs31       | NC       | BN           | 0,000 | 0,458 | 0,115 | 0,000 | 0,427  | 1,000 |
| Obs32       | NC       | NC           | 0,008 | 0,000 | 0,984 | 0,006 | 0,001  | 1,000 |
| Obs33       | NC       | NC           | 0,059 | 0,000 | 0,931 | 0,006 | 0,004  | 1,000 |
| Obs34       | NC       | REM          | 0,012 | 0,004 | 0,120 | 0,757 | 0,107  | 1,000 |
| Obs35       | NC       | NC           | 0,007 | 0,000 | 0,983 | 0,008 | 0,002  | 1,000 |

Anexos

|       |        |               |       |       |       |       |       |       |
|-------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Obs36 | NC     | NC            | 0,015 | 0,000 | 0,977 | 0,007 | 0,002 | 1,000 |
| Obs37 | NC     | NC            | 0,003 | 0,000 | 0,973 | 0,020 | 0,004 | 1,000 |
| Obs38 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs39 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs40 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs41 | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001 | 1,000 |
| Obs42 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs43 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs44 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs45 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs46 | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001 | 1,000 |
| Obs47 | NC     | NC            | 0,003 | 0,000 | 0,985 | 0,009 | 0,003 | 1,000 |
| Obs48 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs49 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs50 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs51 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs52 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs53 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs54 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs55 | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001 | 1,000 |
| Obs56 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs57 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs58 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs59 | NC     | NC            | 0,038 | 0,003 | 0,577 | 0,299 | 0,083 | 1,000 |
| Obs60 | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,007 | 0,001 | 1,000 |
| Obs61 | TCA_NE | TCA_NE        | 0,394 | 0,207 | 0,000 | 0,000 | 0,400 | 1,000 |
| Obs62 | TCA_NE | <b>AN</b>     | 0,351 | 0,049 | 0,201 | 0,130 | 0,269 | 1,000 |
| Obs63 | TCA_NE | TCA_NE        | 0,013 | 0,293 | 0,058 | 0,000 | 0,636 | 1,000 |
| Obs64 | BN     | <b>TCA_NE</b> | 0,005 | 0,141 | 0,001 | 0,000 | 0,852 | 1,000 |
| Obs65 | BN     | <b>AN</b>     | 0,681 | 0,085 | 0,000 | 0,014 | 0,220 | 1,000 |
| Obs66 | REM    | <b>NC</b>     | 0,029 | 0,008 | 0,474 | 0,236 | 0,253 | 1,000 |
| Obs67 | TCA_NE | <b>NC</b>     | 0,001 | 0,000 | 0,990 | 0,009 | 0,001 | 1,000 |
| Obs68 | BN     | BN            | 0,014 | 0,551 | 0,001 | 0,000 | 0,434 | 1,000 |
| Obs69 | TCA_NE | <b>NC</b>     | 0,009 | 0,001 | 0,802 | 0,175 | 0,012 | 1,000 |
| Obs70 | AN     | <b>BN</b>     | 0,001 | 0,678 | 0,003 | 0,000 | 0,318 | 1,000 |
| Obs71 | REM    | <b>NC</b>     | 0,007 | 0,000 | 0,954 | 0,031 | 0,009 | 1,000 |
| Obs72 | BN     | BN            | 0,000 | 0,560 | 0,002 | 0,387 | 0,050 | 1,000 |
| Obs73 | AN     | <b>BN</b>     | 0,022 | 0,565 | 0,000 | 0,000 | 0,412 | 1,000 |

|        |        |               |       |       |       |       |       |       |
|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Obs74  | TCA_NE | <b>BN</b>     | 0,000 | 0,992 | 0,000 | 0,000 | 0,008 | 1,000 |
| Obs75  | TCA_NE | <b>REM</b>    | 0,008 | 0,002 | 0,205 | 0,761 | 0,024 | 1,000 |
| Obs76  | TCA_NE | TCA_NE        | 0,394 | 0,207 | 0,000 | 0,000 | 0,400 | 1,000 |
| Obs77  | BN     | BN            | 0,001 | 0,591 | 0,001 | 0,001 | 0,406 | 1,000 |
| Obs78  | BN     | <b>TCA_NE</b> | 0,459 | 0,046 | 0,004 | 0,000 | 0,492 | 1,000 |
| Obs79  | AN     | <b>NC</b>     | 0,025 | 0,001 | 0,912 | 0,001 | 0,061 | 1,000 |
| Obs80  | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,007 | 0,001 | 1,000 |
| Obs81  | NC     | NC            | 0,007 | 0,000 | 0,983 | 0,008 | 0,002 | 1,000 |
| Obs82  | NC     | NC            | 0,008 | 0,000 | 0,984 | 0,006 | 0,001 | 1,000 |
| Obs83  | NC     | NC            | 0,015 | 0,000 | 0,977 | 0,007 | 0,002 | 1,000 |
| Obs84  | NC     | NC            | 0,003 | 0,000 | 0,985 | 0,009 | 0,003 | 1,000 |
| Obs85  | NC     | NC            | 0,004 | 0,000 | 0,988 | 0,007 | 0,001 | 1,000 |
| Obs86  | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,990 | 0,004 | 0,004 | 1,000 |
| Obs87  | NC     | NC            | 0,005 | 0,000 | 0,984 | 0,008 | 0,003 | 1,000 |
| Obs88  | NC     | <b>REM</b>    | 0,040 | 0,004 | 0,039 | 0,825 | 0,092 | 1,000 |
| Obs89  | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,974 | 0,013 | 0,012 | 1,000 |
| Obs90  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs91  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs92  | NC     | NC            | 0,003 | 0,000 | 0,984 | 0,005 | 0,008 | 1,000 |
| Obs93  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs94  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs95  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs96  | NC     | NC            | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,007 | 0,001 | 1,000 |
| Obs97  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs98  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,990 | 0,005 | 0,004 | 1,000 |
| Obs99  | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs100 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs101 | NC     | NC            | 0,005 | 0,000 | 0,984 | 0,008 | 0,003 | 1,000 |
| Obs102 | NC     | NC            | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs103 | REM    | REM           | 0,003 | 0,005 | 0,408 | 0,555 | 0,029 | 1,000 |
| Obs104 | AN     | <b>TCA_NE</b> | 0,066 | 0,290 | 0,000 | 0,000 | 0,643 | 1,000 |
| Obs105 | TCA_NE | <b>BN</b>     | 0,032 | 0,667 | 0,000 | 0,000 | 0,301 | 1,000 |
| Obs106 | TCA_NE | <b>NC</b>     | 0,005 | 0,000 | 0,969 | 0,022 | 0,003 | 1,000 |
| Obs107 | BN     | <b>TCA_NE</b> | 0,007 | 0,488 | 0,000 | 0,000 | 0,505 | 1,000 |
| Obs108 | TCA_NE | TCA_NE        | 0,026 | 0,130 | 0,022 | 0,017 | 0,805 | 1,000 |
| Obs109 | REM    | <b>NC</b>     | 0,003 | 0,001 | 0,827 | 0,156 | 0,014 | 1,000 |
| Obs110 | BN     | BN            | 0,000 | 0,975 | 0,000 | 0,000 | 0,024 | 1,000 |
| Obs111 | TCA_NE | <b>NC</b>     | 0,060 | 0,002 | 0,811 | 0,038 | 0,090 | 1,000 |

Anexos

|        |        |     |       |       |       |       |       |       |
|--------|--------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Obs112 | AN     | REM | 0,075 | 0,000 | 0,225 | 0,607 | 0,092 | 1,000 |
| Obs113 | TCA_NE | AN  | 0,694 | 0,030 | 0,008 | 0,000 | 0,267 | 1,000 |
| Obs114 | NC     | NC  | 0,022 | 0,000 | 0,970 | 0,006 | 0,002 | 1,000 |
| Obs115 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001 | 1,000 |
| Obs116 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,002 | 1,000 |
| Obs117 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,007 | 0,001 | 1,000 |
| Obs118 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,971 | 0,023 | 0,004 | 1,000 |
| Obs119 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,971 | 0,023 | 0,004 | 1,000 |
| Obs120 | NC     | NC  | 0,007 | 0,000 | 0,983 | 0,008 | 0,002 | 1,000 |
| Obs121 | NC     | NC  | 0,044 | 0,000 | 0,935 | 0,016 | 0,005 | 1,000 |
| Obs122 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,002 | 1,000 |
| Obs123 | NC     | NC  | 0,391 | 0,000 | 0,568 | 0,027 | 0,014 | 1,000 |
| Obs124 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,002 | 1,000 |
| Obs125 | NC     | NC  | 0,003 | 0,000 | 0,985 | 0,009 | 0,003 | 1,000 |
| Obs126 | NC     | NC  | 0,037 | 0,001 | 0,882 | 0,017 | 0,063 | 1,000 |
| Obs127 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,007 | 0,001 | 1,000 |
| Obs128 | NC     | NC  | 0,010 | 0,000 | 0,961 | 0,025 | 0,004 | 1,000 |
| Obs129 | NC     | NC  | 0,009 | 0,000 | 0,963 | 0,021 | 0,006 | 1,000 |
| Obs130 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs131 | NC     | NC  | 0,005 | 0,002 | 0,669 | 0,315 | 0,008 | 1,000 |
| Obs132 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs133 | NC     | NC  | 0,010 | 0,001 | 0,615 | 0,323 | 0,051 | 1,000 |
| Obs134 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001 | 1,000 |
| Obs135 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs136 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs137 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs138 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs139 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs140 | NC     | NC  | 0,002 | 0,000 | 0,989 | 0,008 | 0,001 | 1,000 |
| Obs141 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs142 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs143 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |
| Obs144 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,965 | 0,032 | 0,003 | 1,000 |
| Obs145 | NC     | NC  | 0,001 | 0,000 | 0,989 | 0,009 | 0,002 | 1,000 |

**Anexo 12. Eating Disorder Examination (ES-EDE)**

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**INTRODUCTION**

[Having oriented the subject to the specific time period being assessed, it is best to open the interview by asking a number of introductory questions designed to obtain a general picture of the subject's eating habits. Suitable questions are suggested below.]

To begin with I should like to get a general picture of your eating habits over the last 4 weeks.  
Have your eating habits varied much from day to day?  
Have weekdays differed from weekends?  
Have there been any days when you haven't eaten anything?

---

What can you tell me about the previous 2 months?

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**INTRODUCTION**

[First of all, indicate to the interviewee the specific time period to be assessed, this is, the last 4 weeks. It is advisable to begin the interview asking some introductory questions in order to gain a general overview of the subject's eating habits. Some questions are suggested below.]

To begin with I would like to get a general overview of your eating habits over the last 4 weeks.  
Have your habits changed a lot from one day to another?  
Have your eating habits been different on weekdays and weekends?  
Do you remember any day when you have not eaten anything at all?

---

What can you tell me about the previous two months?

---

0.

## ES-EDE

### INTRODUCCIÓN

[En primer lugar, indique a la entrevistada el periodo de tiempo específico que se va a evaluar, esto es, las últimas cuatro semanas. Es aconsejable comenzar la entrevista preguntando una serie de cuestiones introductorias a fin de obtener una visión general de los hábitos de alimentación del sujeto. A continuación, se sugieren algunas preguntas.]

**Para empezar me gustaría obtener una visión general de sus hábitos de alimentación en las últimas cuatro semanas.**

**¿Han variado mucho sus hábitos de un día a otro?**

**¿Han sido diferentes sus hábitos de alimentación los días de labor y los fines de semana?**

**¿Recuerda algún día en el que no haya comido absolutamente nada?**

---

**¿Qué puedes decirme sobre los dos meses anteriores?**

---

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**PATTERN OF EATING**

**I would like to ask you about your eating pattern. Over the past 4 weeks which of these meals or snacks have you eaten on a regular basis?**

- |   |                                                                   |     |
|---|-------------------------------------------------------------------|-----|
| - | Breakfast (meal eaten shortly after waking)                       | [ ] |
| - | Mid-morning snack                                                 | [ ] |
| - | Lunch (mid-day meal)                                              | [ ] |
| - | Mid-afternoon snack                                               | [ ] |
| - | Evening meal                                                      | [ ] |
| - | Evening snack                                                     | [ ] |
| - | Nocturnal snack (snack eaten after the subject has been to sleep) | [ ] |

[Rate each meal and snack separately, usually accepting the subject's classification (within the guidelines above). Ask about the weekdays and weekends separately. Meals or snacks should be rated even if they lead on to a "binge". "Brunch" should generally be classed as lunch. With this item, rate up (i.e., give a higher rating) if it is difficult to choose between two ratings. Rate 8 if meals or snacks are difficult to classify (e.g., due to shift work).]

0 - Meal or snack not eaten.

1 -

2 - Meal or snack eaten on less than half the days.

3 -

4 - Meal or snack eaten on more than half the days.

5 -

6 - Meal or snack eaten every day.

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**EATING PATTERN**

**I would like to ask you about your eating pattern. Over the last 4 weeks which of the following meals have you taken regularly?**

- |   |                 |     |
|---|-----------------|-----|
| - | Breakfast       | [ ] |
| - | Mid-day snack   | [ ] |
| - | Lunch           | [ ] |
| - | Afternoon snack | [ ] |
| - | Dinner          | [ ] |

[Rate each meal separately, following the guidelines provided above; as a general rule respect the classification given by the subject. Ask about the weekdays and weekends separately. Meals should be rated even if a "binge" has followed. If deciding among the two ratings is difficult, choose the higher rating. If the type of meal is difficult to classify, if the subject works turns, rate 8.]

0 - Has never eaten the meal.

1 -

2 - Has eaten the meal on less than half the days.

3 -

4 - Has eaten the meal on more than half the days.

5 -

6 - Has eaten the meal every day.



**PATRÓN DE ALIMENTACIÓN**

**Me gustaría preguntarte acerca de tu estilo de alimentación. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuáles de estas comidas has consumido con regularidad?**

|   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| - | Desayuno                 | [ ] |
| - | Tentempié a media mañana | [ ] |
| - | Comida                   | [ ] |
| - | Merienda                 | [ ] |
| - | Cena                     | [ ] |
| - | Picar después de cenar   | [ ] |

[Valore cada comida por separado siguiendo las orientaciones que se especifican arriba; como norma general, respete la clasificación que propone la persona entrevistada. Pregunte sobre los días de labor y fines de semana por separado. Al valorar tenga en cuenta las comidas aunque posteriormente se haya producido un "atacón". Si le resulta difícil decidirse entre dos puntuaciones, elija la más alta. Si le resulta difícil clasificar la comida, como por ejemplo, en el caso de que las personas que trabajan a relevos, puntúe 8.]

0 - Nunca ha comido la comida.

1 -

2 - Ha comido la comida menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Ha comido la comida más de la mitad de los días.

5 -

6 - Ha comido la comida todos los días.

**VERSION ORIGINAL INGLES A**

**RESTRAINT OVER EATING**

**(Restraint subscale)**

- Over the past 4 weeks have you been consciously trying to restrict what you eat, whether or not you have succeeded?

**Has this been to influence your shape or weight?**

[Rate the number of days on which the subject has consciously attempted to restrict his or her food intake, whether or not she or he has succeeded. The restraint should have been intended to influence shape, weight or body composition, although this may not have been the sole or main reason. It should have been consisted of planned attempts at restriction, rather than spur-of-the-moment attempts such as the decision to resist a second helping.]

0 -No attempts at restraint.

1 -

2 - Attempted to exercise restraint on less than half the days.

3 -

4 -Attempted to exercise restraint on more than half the days.

5 -

6 -Attempted to exercise restraint every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**RESTRICTION OVER  
FOOD INTAKE**

**(Restriction subscale)**

- Over the past 4 weeks and regardless of your success, have you been consciously trying to limit your food intake?

**Has this been to influence your shape or weight?**

[Regardless of whether the subject has been successful or not, rate the number of days the subject has consciously tried to restrict food intake. The goal should have been to influence shape, weight or body composition, even if this may not have been the unique or major reason. We do not refer to spontaneous attempts but to planned restriction attempts.]

0 -No restriction attempts.

1 -

2 - Restriction attempts on less than half the days.

3 -

4 -Restriction attempts on more than half the days.

5 -

6 - Restriction attempts every day.

[ ]

ES-EDE

RESTRICCIÓN DEL  
CONSUMO DE COMIDA

(Subescala de restricción)

- En las últimas cuatro semanas e independientemente de si lo has conseguido o no, ¿has estado intentado conscientemente limitar lo que comías?

**¿Ha sido para controlar tu peso o tu figura?**

[Independientemente de si lo ha logrado o no, valore el número de días en que el sujeto *ha intentado conscientemente* restringir el consumo de comida. El intento de restricción debe tener la finalidad de controlar la figura, el peso o la proporción de grasa corporal, aunque no es necesario que sea la única razón ni la principal. No nos referimos a intentos improvisados, sino a intentos de restricción planificados.]

- 0 - Ningún intento de restricción.
- 1 -
- 2 - Intento de restricción menos de la mitad de los días.
- 3 -
- 4 - Intento de restricción más de la mitad de los días.
- 5 -
- 6 - Intento de restricción diario.

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLES A

AVOIDANCE OF EATING

(Restraint subscale)

Over the past 4 weeks have you gone for periods of 8 or more waking hours without eating anything?

Has this been to influence your shape or weight?

[Rate the number of days on which there has been at least 8 hours abstinence from eating food (soup and milkshakes count as food, whereas drinks in general do not) during waking hours. It may be helpful to illustrate the length of time (e.g., from 9 A.M. to 5 P.M.). The abstinence must have been, at least partly self-imposed rather than being due to force circumstances. It should have been intended to influence shape, weight or body composition, although this may not have been the sole or main reason.]

0 - No such days.

1 -

2 - Avoidance on less than half the days.

3 -

4 - Avoidance on more than half the days.

5 -

6 - Avoidance every day.

[ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

EATING AVOIDANCE

(Restriction subscale)

\* Over the last 4 weeks, have you been awake without eating anything for periods of 8 hours or more?

Has this been to influence your shape or weight?

[Rate the number of days the interviewee has been awake and without eating anything for at least 8 hours (soups and shakes are considered food but drinks are not). It may be useful to indicate the length of time (for instance, from 7 a.m. until 3 p.m. or from 1 p.m. till 9 p.m.). The abstinence should have been, at least partially self imposed and not forced by the situation. It should have attempted to influence shape, weight or body composition even if this may not have been the unique or major reason.]

0 - None.

1 -

2 - Avoidance on less than half the days.

3 -

4 - Avoidance on more than half the days.

5 -

6 - Avoidance every day.

---

ES-EDE

EVITAR COMER

(Subescala de restricción)

- Durante las últimas cuatro semanas, ¿has permanecido despierta sin comer nada durante periodos de 8 horas o más?

**¿Pretendías con ello controlar tu figura o tu peso?**

[Valore el número de días en que la persona entrevistada ha permanecido despierta y sin comer nada durante periodos de ocho horas como mínimo (las sopas y los batidos se consideran comida pero las bebidas no). Ilustrar la longitud de tiempo mediante ejemplos puede resultar útil (por ejemplo, de 7 de la mañana a 3 de la tarde o de 1 del mediodía a 9 de la noche). La abstinencia debe ser, al menos parcialmente, *autoimpuesta* y no forzada por las circunstancias. La abstinencia debe tener la finalidad de controlar el peso, la figura o la proporción de grasa corporal, aunque no es necesario que sea la única razón ni la principal.]

0 - Ningún día.

1 -

2 - Evitación menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Evitación más de la mitad de los días.

5 -

6 - Evitación a diario.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES A**

**EMPTY STOMACH**

**(Restraint subscale)**

**Over the past 4 weeks have you wanted your stomach to be empty?**

**Has this been to influence your shape or weight?**

[Rate the number of days on which the subject has had a definite desire to have a completely empty stomach for reasons to do with dieting, shape or weight. This should not be confused with a desire for the stomach to feel empty or be flat.]

- 0 - No definite desire to have an empty stomach.
- 1 -
- 2 - Definite desire to have an empty stomach on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Definite desire to have an empty stomach on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Definite desire to have an empty stomach every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**EMPTY STOMACH**

**(Restriction subscale)**

**\* Over the last 4 weeks, have you desired your stomach to be empty?**

**Has this been to influence your shape or weight?**

[Rate the number of days the interviewee has had a definite desire to have the stomach completely empty for reasons related to dieting, shape or weight. It should not be confused with the desire to feel the stomach empty or the desire to have a flat stomach.]

- 0 - No definite desire to have an empty stomach.
- 1 -
- 2 - Definite desire to have an empty stomach on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Definite desire to have an empty stomach on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Definite desire to have an empty stomach every day.

[ ]

---

**ES-EDE**

**ESTOMAGO VACÍO**

**(Subescala de restricción)**

**En las últimas cuatro semanas, ¿has deseado que tu estómago estuviera vacío?**

**¿Pretendías con ello controlar tu figura o tu peso?**

[Valore el número de días en que la entrevistada ha tenido un deseo inequívoco de tener el estómago completamente vacío por causas relacionadas con la dieta, la figura o el peso. Esto no debería confundirse con el deseo de sentir el estómago vacío o con el deseo de tener el estómago plano.]

- 0 - Ningún deseo inequívoco de tener el estómago vacío.
- 1 -
- 2 - Deseo inequívoco de tener el estómago vacío menos de la mitad de los días.
- 3 -
- 4 - Deseo inequívoco de tener el estómago vacío más de la mitad de los días.
- 5 -
- 6 - Deseo inequívoco de tener el estómago vacío a diario.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES**

**FOOD AVOIDANCE**

**(Restraint Subscale)**

**Over the past 4 weeks have you tried to avoid eating any foods that you like, whether or not you have succeeded?**

**Has this been to influence your shape or weight?**

[Rate the number of days on which the subject has actively attempted to avoid eating specific foods (which he or she likes) whether or not he or she succeeded. The goal should have been to avoid the foods altogether and not merely to restrict their consumption. Drinks do not count as food. The avoidance should have been intended to influence shape, weight or body composition, although this may not have been the sole or main reason.]

0 - No attempts to avoid food.

1 -

2 - Attempted to avoid food on less than half the days.

3 -

4 - Attempted to avoid food on more than half the days.

5 -

6 - Attempted to avoid food every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**FOOD AVOIDANCE**

**(Restriction subscale)**

**Over the last 4 weeks and regardless of your success, have you tried not to eat some food you like?**

**Has this been to influence your shape or weight?**

[Rate the number of days the interviewee has actively tried to avoid eating specific foods that she/he likes, regardless of her/his success. The goal should have been to avoid the food completely and not the mere fact of restricting the consumption. Drinks are not considered food. The goal should have been to influence shape, weight or body composition, even if this may not have been the unique or major reason.]

0 - No attempts to avoid food.

1 -

2 - Attempts to avoid food on less than half the days.

3 -

4 - Attempts to avoid food on more than half the days.

5 -

6 - Attempts to avoid food every day

[ ]



**EVITACION DE ALIMENTOS**

**(Subescala de restricción)**

**En las últimas cuatro semanas, e independientemente de si lo has logrado o no, ¿has intentado dejar de comer algún alimento que te gusta?**

**¿Pretendías con ello controlar tu figura o tu peso?**

[Valore el número de días en los que la entrevistada ha intentado activamente dejar de comer alimentos específicos que le gustan con independencia de si lo ha logrado o no. El objetivo ha debido ser evitar los alimentos por completo y no el simple hecho de restringir su consumo. Las bebidas no se consideran comida. La finalidad ha debido ser controlar la figura, el peso o la estructura corporal, aun cuando puede que ésta no haya sido la única razón ni la principal.]

0 - Ningún intento de evitar alimentos.

1 -

2 - Intentos de evitar alimentos menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Intentos de evitar alimentos más de la mitad de los días.

5 -

6 - Intentos de evitar alimentos a diario.

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLES A

DIETARY RULES

(Restraint subscale)

Over the past 4 weeks, have you tried to follow certain definite rules regarding your eating, for example, a calorie limit, preset quantities of food or rules about what you should eat or when you should eat?

.Have there been occasions when you been aware that you have broken a dietary rule that you have set for yourself?

How have you felt about breaking them? How would you have felt if you had broken one of your dietary rules?

What are these rules? Why have you tried to follow them? Have they been designed to influence your shape or weight? Have they been definite rules or general principles? Examples of definite rules would be "I must not eat eggs" or "I must not eat cake" whereas you could have a general principle "I should try to eat healthy food".

---

TRADUCCIÓN INVERSA

DIETARY RULES

(Restriction subscale)

Over the last 4 weeks, have you tried to follow any definite rule regarding eating, for instance, a limit of calories, predetermined amounts of food or rules on what or when you should eat?

.Have you ever been aware of not following a rule that you have previously set for yourself?

If this is the case,

How did you feel about breaking the rule?

If this is not the case,

How would you have felt if you had broken any of your rules?

What are those rules? Why have you tried to follow them? Has this been to influence your shape or weight?

Have those rules been definite rules or general principles? An example of definite rule would be "I should not eat eggs" or "I should not eat cakes" while a general principle would be "I should try to eat healthier food".

---

ES-EDE

**NORMAS ALIMENTARIAS**

(Subescala de restricción)

En las últimas cuatro semanas ¿has intentado seguir alguna norma específica en relación a la comida, como por ejemplo, una cantidad limitada de calorías, cantidades de alimentos preestablecidas o normas sobre qué debías comer o cuándo debías comer?

.¿Alguna vez has sido consciente de incumplir alguna norma que previamente te habías propuesto?

En el caso de que así fuera,

¿Cómo te sentiste por haberla transgredido?

En el caso contrario,

¿Cómo te hubieras sentido si hubiera transgredido alguna de tus normas?

¿Cuáles son estas normas? ¿Por qué has intentado cumplirlas? ¿Pretendías con ello controlar tu figura o tu peso?

¿Han sido normas específicas o principios generales? Ejemplos de normas específicas serían "No debo comer huevos" o "No debo comer pastel", mientras que un principio general sería "Debería intentar comer alimentos más sanos".

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**(Restraint subscale)**

[Dietary rules should be rated as present if the subject has been attempting to follow "definite" (i.e. specific) dietary rules regarding his or her food intake. The rules should have been self-imposed, although originally they may have been prescribed. They should have concerned what the subject should have eaten or when eating should have taken place. They might consist of a calorie limit (e.g. below 1200 kcals), not eating before a certain time of the day, not eating a certain type of food or not eating at all. They should have been specific rules and not general guidelines and there may have been distress should they have been broken. If the subject is aware that she or he has occasionally broken a personal dietary rule, this suggests that one or more specific rules have been present. In such cases the interviewer should ask in detail about the transgression in an attempt to identify the underlying rule. The rules should have been intended to influence shape, weight or body composition although this may not have been the sole or main reason. It should be noted that "dietary rules" regarded as having been present if there have been clear attempts to obey specific dietary rules.

Rate 0 if no dietary rule can be identified. If there has been more than one rule straddling different time periods within the 4 weeks, this periods should be summated to make the rating.]

0 - Has not attempted to obey such rules.

1 -

2 - Attempted to obey such rules on less than half the days.

3 -

4 - Attempted to obey such rules on more than half the days.

5 -

6 - Attempted to obey such rules every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**(Restriction subscale)**

[The existence of rules should be rated if the interviewee has tried to follow "definite" rules; this is specific rules, with regard to food intake. These rules should fulfill some characteristics presented below. They should have been self-imposed, even though initially they may have been prescribed. They should have been referred to what the person should have eaten or when she/he should have eaten, for instance the specification of a limit of calories (less than 1200 kcal.), not eating before a given time of the day, not eating a given type of food or not eating at all. They should have been specific rules and not general principles. The transgression might have caused distress. Being aware of having transgressed a personal dietary rule suggests the presence of one or more specific rules. In these cases the interviewer should ask in detail about the transgression in order to identify the underlying rule. The goal should have been to influence shape weight or body composition even when this may not have been the unique or major reason.

If definite attempts of following specific dietary rules are identified, it should be considered that dietary rules have been present. If it is not possible to identify dietary rules, rate 0. If over the 4 weeks more than one rule existed straddling different periods of time, add the periods when rating.]

0 - No attempt to obey rules.

1 -

2 - Attempts to obey rules on less than half the days.

3 -

4 - Attempts to obey rules on more than half the days.

5 -

6 - Attempts to obey rules every day.

[ ]

---

**ES-EDE**

**(Subescala de restricción)**

[La existencia de normas debería valorarse si la entrevistada intentó seguir normas "específicas", es decir, inequívocas en relación al consumo de alimentos. Las normas deben haber cumplido una serie de características que se exponen a continuación. Han debido autoimponerse, aunque puede que inicialmente hayan sido prescritas. Han debido referirse a lo que la persona debería haber comido o cuándo debería haber comido, como por ejemplo, establecer un límite de calorías, esto es, consumir menos de 1200 kcal., no comer antes de cierta hora del día, no comer cierto tipo de alimentos o no comer nada en absoluto. Ha debido tratarse de normas específicas y no de principios generales. Cabe la posibilidad de que su transgresión haya generado malestar. El hecho de que la persona sea consciente de haber transgredido una norma personal de dieta, sugiere la presencia de una o más normas específicas. En tales casos y a fin de identificar la norma subyacente, el entrevistador debería preguntar en detalle sobre la transgresión. El objetivo ha debido ser controlar la figura, el peso o la estructura corporal, aun cuando puede que ésta no haya sido la única razón ni la principal.

Si ha habido intentos inequívocos de obedecer normas alimentarias específicas, se considera que las normas alimentarias existieron. Si resulta imposible identificar normas de alimentación, puntúe 0. Si durante las 4 semanas ha habido más de una norma a caballo entre diferentes periodos de tiempo, sume los periodos al valorar.]

0 - Ningún intento de obedecer normas.

1 -

2 - Intentos de obedecer normas en menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Intentos de obedecer normas en más de la mitad de los días.

5 -

6 - Intentos diarios de obedecer normas.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES**

**PREOCCUPATION WITH  
FOOD, EATING OR CALORIES.**

**(Eating concern subscale)**

**Over the past 4 weeks, have you spent much time between meals thinking about food, eating or calories?**

**Has thinking about food, eating or calories interfered with your ability to concentrate? How about concentrating on things that you are interested in, for example, reading, watching television or following a conversation?**

[Concentration is regarded as impaired if there have been intrusive thoughts about food, eating or calories that have interfered with activities. Rate the number of days on which this has happened; whether or not bulimic episodes occurred.]

0 - No concentration impairment.

1 -

2 - Concentration impairment on less than half the days.

3 -

4 - Concentration impairment on more than half the days.

5 -

6 - Concentration impairment every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**PREOCCUPATION WITH  
INTAKE, FOOD OR CALORIES.**

**(Eating concern subscale)**

**Over the last 4 weeks, have you devoted much time between meals thinking about eating, food or calories?**

**Has thinking about eating, food or calories interfered with your ability to concentrate on other things that interest you such as reading, watching TV or having a conversation?**

[If the interviewee has experienced intrusive thoughts regarding intake, food or calories that have interfered with other activities, it will be considered that the concentration has been impaired. Rate the number of days it occurred; the presence of bulimic episodes is not relevant in this case.]

0 - No impairment of concentration.

1 -

2 - Impairment of concentration on less than half the days.

3 -

4 - Impairment of concentration on more than half the days.

5 -

6 - Impairment of concentration, every day.

[ ]

---

**ES-EDE**

**PREOCUPACIÓN POR  
LA INGESTA, LOS ALIMENTOS  
O LAS CALORÍAS**

**(Subescala de preocupación  
por la ingesta)**

**En las últimas cuatro semanas ¿has dedicado mucho tiempo a pensar en comer, en la comida o en las calorías entre comidas?**

**El pensar en comer, en comida o en calorías, ¿ha perjudicado tu capacidad para concentrarte en otras cosas que te interesan, como por ejemplo, leer, ver la televisión o mantener una conversación?**

[En el caso de que la entrevistada haya experimentado pensamientos intrusivos en relación a la ingesta, los alimentos o las calorías y éstos hayan interferido en otras actividades, se considerará que la concentración ha resultado perjudicada. Valore el número de días en que esto ocurrió; el que se hayan producido episodios bulímicos, no es relevante en este caso.]

0 - Ningún perjuicio de la concentración.

1 -

2 - Perjuicio de la concentración en menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Perjuicio de la concentración en más de la mitad de los días.

5 -

6 - Perjuicio diario de la concentración.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES A**

**FEAR OF LOSING  
CONTROL OVER EATING**

**(Eating concern subscale)**

**\*Over the past 4 weeks have you been afraid of losing control over eating?**

[Rate the number of days on which definite fear has been present irrespective whether the subject feels she or he has been in control. "Loss of control" involves a sense that one will not be able to resist or stop eating. If the subject feels unable to answer this question because she or he has already lost control, rate 9.

- 0 - No fear of losing control.
- 1 -
- 2 - Fear of losing control present on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Fear of losing control present on more than half the days
- 5 -
- 6 - Fear of losing control present every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**FEAR OF LOSING  
CONTROL OVER EATING**

**(Eating concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks, have you been afraid of losing control over eating?**

[Rate the number of days a definite fear was experienced although the subject feels that has been able to keep control. "Loss of control" involves the feeling that one will not be able to resist eating or will not be able to stop eating. If the subject feels unable to answer this question because in fact she has lost control, rate 9.]

- 0 - No fear of losing control.
- 1 -
- 2 - Fear of losing control present on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Fear of losing control present on more than half the days
- 5 -
- 6 - Fear of losing control present every day.

[ ]



---

**ES-EDE**

**MIEDO A PERDER  
EL CONTROL AL COMER**

**(Subescala de preocupación por la ingesta)**

**En las últimas cuatro semanas, ¿has tenido miedo a perder el control al comer?**

[Independientemente de que la persona sienta que ha logrado mantener el control, valore el número de días en que ha experimentado un miedo inequívoco. La "pérdida de control" implica la sensación de que uno no será capaz de resistirse a comer o de que uno no será capaz de dejar de comer. Si el sujeto se siente incapaz de responder a esta pregunta porque de hecho ha perdido el control, puntúe 9.]

- 0 - Ningún miedo a perder el control.
- 1 -
- 2 - Miedo a perder el control presente en menos de la mitad de los días.
- 3 -
- 4 - Miedo a perder el control presente en más de la mitad de los días.
- 5 -
- 6 - Miedo a perder el control presente a diario.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**BULIMIC EPISODES AND  
OTHER EPISODES OF OVEREATING.**

**(Diagnostic item)**

**GUIDELINES FOR THE INTERVIEWERS**

Four forms of episodic "overeating" are distinguished. The distinction is based upon the presence or absence of two features:

- (i) Loss of control (required for both types of "bulimic episodes").
- (ii) The consumption of what would generally be regarded as a "large amount of food" (required for the "objective bulimic episodes" and the objective overeating episodes").

The classificatory scheme is summarized in Figure 15.1. and the key terms are defined below.

The interviewer should ask about each form of overeating. It is important to note that the forms of overeating are not mutually exclusive: It is possible for subjects to have had several different forms over the preceding month. With some subjects it is helpful to explain the classificatory scheme. then using the probe questions given below the number of each type of episode may be determined and checked back with the subjects.

|                      | "Large " amount of food.<br>(EDE definition) | No "large" amount of food but perceived as<br>excessive |
|----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| "Loss of control"    | OBJECTIVE<br>BULIMIC<br>EPISODES             | SUBJECTIVE<br>BULIMIC<br>EPISODES                       |
| No "loss of control" | OBJECTIVE<br>OVEREATING                      | SUBJECTIVE<br>OVEREATING                                |

The EDE scheme for classifying episodes of overeating.

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**BULIMIC EPISODES AND  
OTHER OVEREATING EPISODES.**

**(Diagnostic item)**

Four types of overeating episodes are distinguished: "objective bulimic episodes", "subjective bulimic episodes", "objective overeating" and "subjective overeating". The difference is established according to the presence or absence of two features:

- Loss of control (condition required for both types of "bulimic episodes").
- The intake of what in general would be considered a "large amount of food" (condition required for the "objective bulimic episodes" and the objective overeating episodes").

The table below shows the scheme to classify the overeating types.

|                      | "Large " amount of food.<br>(EDE definition) | No "large" amount of food but perceived as<br>excessive |
|----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| "Loss of control"    | OBJECTIVE<br>BULIMIC<br>EPISODES             | SUBJECTIVE<br>BULIMIC<br>EPISODES                       |
| No "loss of control" | OBJECTIVE<br>OVEREATING                      | SUBJECTIVE<br>OVEREATING                                |

EDE summary to classify overeating.

It is important to mention that the different types of "overeating" are not mutually self exclusive. The subjects may have experienced several types over the last month. The classification scheme might help some subjects. Each type should be assessed, being the interviewer the one that establishes how many episodes of each type have occurred using the probe questions suggested below. Finally, the information will be checked back with the subject.

## ES-EDE

**EPISODIOS BULIMICOS Y OTROS  
EPISODIOS DE SOBREINGESTA.**

(Ítem diagnóstico)

Se distinguen 4 tipos de episodios de "sobreingesta": "episodios bulímicos objetivos", "episodios bulímicos subjetivos", "sobreingesta objetiva" y "sobreingesta subjetiva". La diferencia se establece en función de la presencia o ausencia de dos características:

- Pérdida de control (condición que se requiere para los dos tipos de "episodios bulímicos").
- El consumo de lo que, en general, se consideraría una "gran" cantidad de comida (condición necesaria para los "episodios bulímicos objetivos" y los "episodios de sobreingesta objetiva").

La tabla que se presenta a continuación recoge el sistema para clasificar los distintos tipos de "sobreingesta".

|                         | "Gran" cantidad de comida.<br>Definición de EDE. | No "gran" cantidad de comida,<br>pero se percibe como excesiva. |
|-------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| "Pérdida de control"    | EPISODIOS<br>BULIMICOS<br>OBJETIVOS              | EPISODIOS<br>BULIMICOS<br>SUBJETIVOS                            |
| No "pérdida de control" | SOBREINGESTA<br>OBJETIVA                         | SOBREINGESTA<br>SUBJETIVA                                       |

Esquema del EDE para clasificar la "sobreingesta".

Es importante señalar que los distintos tipos de "sobreingesta" no son excluyentes entre sí y que los sujetos pueden haber padecido varios tipos a lo largo del pasado mes. El esquema de clasificación puede ayudar a algunos sujetos. Se debe preguntar sobre cada uno de los tipos señalados, siendo el entrevistador quien determina cuántos episodios de cada tipo se han producido, utilizando las preguntas de sondeo que se sugieren más adelante. Por último, la información será comprobada/verificada con el sujeto.

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**(Diagnostic item)**

Definition of key terms.

"Loss of control". The interviewer should ask the subject whether she or he experienced a sense of loss of control over eating at the time that the episode occurred. If this is clearly described, loss of control should be rated as present. Loss of control may be rated positively even if the episode had been planned. If the subject uses terms such as "driven to eat" or "compelled to eat" loss of control should be rated as present.

For chronic cases only. If the subject reports no sense of loss of control yet describes having not been able to stop eating once eating had started or having not been able to prevent the episode from occurring, loss of control should be rated as present. If subjects report that they ate no longer trying to control their eating because overeating is inevitable, loss of control should be rated as present.

If the interviewer is in doubt, loss of control should be rated as absent.

"Large amount of food". The decision whether or not the amount eaten was large should be made by the interviewer and does not require the agreement of the subject. Large may be used to refer to the amount of any particular type of food to the overall quantity of food consumed. The interviewer should take into account what would be the usual amount eaten under the circumstances. This requires some knowledge of the eating habits of the subject's general (but not necessarily immediate) social group. What else was eaten during the day is not of relevance to this rating. The speed of eating and whether or not the subject subsequently spits out or vomits the food are not of relevance.

If the interviewer is in doubt, the amount should not be classified as large.

"The number of episodes of overeating"

When calculating the number of episodes of overeating the definition and distinction the subject's definition of separate episodes should be accepted unless (within a period of eating) there was an hour or more when the subject was not eating. In this case the initial episode should be regarded as having been completed. When estimating the length of any gap, do not count the time spent vomiting. Note that purging (self-induced vomiting or laxative misuse) is not used to define the end of individual episodes of overeating.

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**(Diagnostic item)**

Definition of key concepts.

"Loss of control". The interviewee should be asked if she/he had experienced a feeling of loss of control over eating at the moment when the episode happened. If he/she describes it clearly, even if the episode had been planned, it will be considered that loss of control occurred. If she/he uses phrases such as "pushed to eat" or "forced to eat" it will also be considered loss of control.

Only for chronic cases. The interviewee can indicate that she/he had not experienced loss of control and describes that she/he had been unable to stop eating or to avoid the episode; in this case, it is considered that loss of control occurred. If she/he mentions that she/he is no longer trying to control her/his eating because overeating is unavoidable, it is considered that loss of control occurred.

If doubtful do not consider that loss of control had been present.

"Large amount of food". The interviewer decides if the amount of food was large or not. This decision does not require the subject's agreement. The concept "large" refers both to the amount of specific foods and to the total amount of food eaten. The interviewer should take into account what the usual amount of food will be for other people in the same circumstances. This assessment requires the interviewer to be familiar with the eating habits of the subject's relevant social group (but not necessarily the subject's immediate social group). The amount of food taken during the day, the eating speed or having spit out or vomit the food is not relevant.

If doubtful do not consider that the amount of food was "large".

"Number of overeating episodes"

When calculating the number of episodes of overeating the definition and distinction the interviewee makes should be accepted, unless there was 1 hour or more when the subject did not eat during the intake period. In such a case, it should be considered the presence of 2 different episodes. In order to estimate the duration of any episode, consideration should not be given to the time spent vomiting. Consider that purging (self-induced vomiting and laxative or diuretic misuse) is not the criteria to define the termination of each episode.

---

**ES-EDE**

**(Ítem diagnóstico)**

Definición de conceptos clave.

**"Pérdida de control"**

Se debería preguntar a la entrevistada si experimentó sensación de pérdida de control al comer en el momento en que el episodio se produjo. Si lo describe con claridad, aun en el caso de que el episodio haya sido planificado, se considera que sí existió pérdida de control. Si utiliza expresiones como "empujada a comer" u "obligada a comer", también se considera que existió pérdida de control.

Para casos crónicos solamente. La entrevistada puede indicar que no experimentó pérdida de control y describir que no fue capaz de dejar de comer o que no fue capaz de evitar el episodio; en este caso, se considera que sí existió pérdida de control. Si expresa que ya no intenta controlar su ingesta porque la "sobreingesta" resulta inevitable, se considera que sí hubo pérdida de control.

En caso de duda, no se considera que hubo pérdida de control.

**"Gran cantidad de comida"**

Es el entrevistador quien decide si la cantidad que se consumió fue grande o no; esta decisión no requiere acuerdo por parte del sujeto. El concepto "gran cantidad" se refiere tanto a la cantidad de alimentos concretos como a la cantidad total de alimento consumido. El entrevistador debería tener en cuenta cuál sería la cantidad habitual de comida que otras personas consumirían en esas mismas circunstancias. Esta valoración requiere que el entrevistador conozca los hábitos de alimentación del grupo social extenso del sujeto, pero no es necesario que conozca los hábitos de alimentación del grupo social inmediato. Lo que la persona haya comido a lo largo del día, la velocidad a la que haya comido o el que haya escupido o vomitado los alimentos resulta irrelevante.

En caso de duda, no se considera que la cantidad de comida fue "grande".

**"Número de episodios de sobreingesta"**

Al calcular el número de episodios de "sobreingesta", se debería aceptar la definición y la diferenciación que la entrevistada establece entre ellos, a no ser que durante el periodo de ingesta haya transcurrido 1 hora o más sin comer; en este caso, se debería contabilizar la presencia de 2 episodios diferenciados. Para calcular la duración de cualquier episodio no se tiene en cuenta el tiempo que el sujeto ha pasado vomitando. Tenga en cuenta que la purga (provocarse el vómito o abusar de laxantes y/o diuréticos) no constituye el criterio para definir el final de cada episodio.

**VERSION ORIGINAL INGLES A**

**(Diagnostic item)**

**GUIDELINES FOR RATING THE OVEREATING SECTION**

First ask the asterisked questions to identify episodes of perceived or true overeating that have occurred over the previous 28 days. Note down all the forms of overeating on the blank section of the coding sheet.

Second, obtain detailed information about each form of overeating to decide whether it involved eating large amounts of food and whether or not there was loss of control (as defined above). Then establish for each form of overeating the number of days on which it occurred and the total number of occasions. It is advisable to make comprehensive notes.

Finally, check with the subject to ensure that no misunderstandings have arisen.]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**(Diagnostic item)**

**GUIDELINES TO ASSESS THE OVEREATING SECTION**

In order to identify the real or perceived overeating episodes that have occurred over the last 28 days:

Ask, first of all, the questions with an asterisk. Register all types of "overeating" in the blank space provided in the coding sheet.

Secondly, gather detailed information on each "overeating" episode in order to assess if the episode involved the intake of large amounts of food and the degree in which a feeling of loss of control appeared (follow the definitions provided previously).

Thirdly, determine the number of days each type of overeating occurred and the total number of times they occurred. It is advisable to take notes.

Finally, check the information with the subject so as to make sure that interpretation errors have not occurred.]

(ítem diagnóstico)

ORIENTACIONES PARA VALORAR LA SECCIÓN DE SOBREINGESTA.

A fin de identificar los episodios de sobreingesta real o percibida que se produjeron a lo largo de los últimos 28 días:

Formule en primer lugar las preguntas con asterisco. Anote todos los tipos de "sobreingesta" en el espacio en blanco de la hoja de codificación.

En segundo lugar, recabe información detallada sobre cada uno de los episodios de "sobreingesta" con el fin de determinar si el episodio supuso comer grandes cantidades de comida y en qué medida existió sensación de pérdida de control (siguiendo las definiciones que se han proporcionado anteriormente).

En tercer lugar, establezca el número de días en que se produjo cada tipo de sobreingesta y el número total de veces en que se produjo. Es aconsejable que tome notas.

Finalmente, compruebe la información con el sujeto para asegurarse de que no se han producido errores de interpretación.]

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**(Diagnostic item)**

**QUESTIONS FOR RATING ITEMS**

[The asterisked questions must be asked in every case.]

**Main probe questions**

- I would like to ask you about any episodes of overeating that you may have had over the past 4 weeks.
- Different people mean different things by overeating. I would like you to describe any times when you have felt that you have eaten too much at in one go.
- Have there been any times when you have felt that you have eaten too much but others might not agree?

[If there have been no such times, skip to "Social eating".]

[n.b. For subjective bulimic episode to be eligible, they must have been viewed as having involved eating an excessive amount of food. ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**(Diagnostic item)**

**QUESTIONS TO RATE THE ITEMS**

[Questions with an asterisk must always be asked.]

**Major probe questions**

- I would like to ask you about any episode of binge eating that you may have experienced over the last 4 weeks.
- People give different meaning to binge eating I would like you to describe any time you have felt you ate too much at a time.
- Have you ever felt you have eaten too much when other people might not agree with you?

[If overeating episodes are not identified, proceed to "Eating in social situation" section.]

[Remember that a subjective bulimic episode requires that the subject must have perceived to have eaten a large amount of food.]



(Ítem diagnóstico)

PREGUNTAS PARA VALORAR LOS ITEMS.

[Las preguntas con asterisco se deben formular siempre.]

Preguntas de sondeo principales.

**\*Me gustaría preguntarte sobre cualquier episodio de "atracón" que puedas haber experimentado en las últimas cuatro semanas.**

**\*La gente entiende por atracón cosas muy distintas. Me gustaría que describieras cualquier momento en que hayas sentido haber comido demasiado de una sola vez.**

**\*¿Alguna vez has sentido haber comido demasiado cuando otras personas podrían no estar de acuerdo contigo?**

[Si no se identifican episodios de "sobreingesta", pasar al apartado de "Comer en situaciones sociales".]

[Recuerde que un episodio bulímico subjetivo requiere el sujeto perciba que ha ingerido una "gran" cantidad de comida.]

VERSION ORIGINAL INGLES

(Diagnostic item)

Subsidiary Probe Questions.

To assess the amount of food eaten.

**Typically, what have you eaten at these times?**

**What were others eating at the time?**

To assess loss of control:

**Did you have a sense of loss of control at the time?**

For chronic cases only:

**Could you have stopped eating once you had started?  
Could have prevented the episode from occurring?**

---

TRADUCCIÓN INVERSA

(Diagnostic item)

Secondary or auxiliary probe questions.

To assess the amount of food taken.

**Usually, what did you eat at those instances?**

**What were others eating at that time?**

To assess loss of control.

**Did you experience loss of control at the time?**

Only for chronic cases.

**Could you have stopped eating once you had started?  
Could have avoided the episode?**

(ítem diagnóstico)

Preguntas de sondeo secundarias o auxiliares.

Para evaluar la cantidad de alimentos consumida:

**Habitualmente, ¿qué comiste en esas ocasiones?**

**¿Qué estaban comiendo los demás en ese momento?**

Para evaluar la pérdida de control:

**¿Experimentaste en ese momento pérdida de control?**

Sólo para casos crónicos:

**¿Podrías haber parado de comer de comer después de empezar?**

**¿Podrías haber evitado el episodio?**

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**(Diagnostic item)**

[For "objective bulimic episodes", "subjective bulimic episodes" and "episodes of objective overeating", make the following two ratings:

- |      |                                       |             |
|------|---------------------------------------|-------------|
| (i)  | Number of days (rate 00 if none)      | [ ] [ ]     |
| (ii) | Number of episodes (rate 000 if none) | [ ] [ ] [ ] |

In general it is best to calculate the number of days first and then the number of episodes. Rate 777, if the number of episodes is so great that their frequency cannot be calculated. Episodes of subjective overeating are not rated.]

---

[Ask about the preceding 2 months.]

For "objective bulimic episodes", rate the number of episodes over the preceding 2 months and the number of days on which they occurred. (Rate 0 if none occurred and 9 if not asked.)

- |          |              |             |
|----------|--------------|-------------|
| Days     | Second month | [ ] [ ]     |
|          | Third month  | [ ] [ ]     |
| Episodes | Second month | [ ] [ ] [ ] |
|          | Third month  | [ ] [ ] [ ] |

Also rate, the longest continuous period in weeks free (not due to force circumstances) from "objective bulimic episodes" over the past 3 months. (Rate 99 if not asked.)

[ ] [ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**(Diagnostic item)**

[For "objective bulimic episodes", "subjective bulimic episodes" and "objective overeating episodes":

- |      |                                       |             |
|------|---------------------------------------|-------------|
| (i)  | Number of days (rate 00 if none)      | [ ] [ ]     |
| (ii) | Number of episodes (rate 000 if none) | [ ] [ ] [ ] |

In general it is better to estimate first the number of days and then the number of episodes. If the number of episodes is so large that it is impossible to estimate its frequency, rate 777. Subjective overeating episodes are not rated.]

---

[Ask about the preceding 2 months.]

For "objective bulimic episodes", rate the number of days they occurred and the number of episodes that occurred over the preceding 2 months. (rate 0 if none occurred and 9 if you do not pose the question.)

- |          |              |             |
|----------|--------------|-------------|
| Days     | Second month | [ ] [ ]     |
|          | Third month  | [ ] [ ]     |
| Episodes | Second month | [ ] [ ] [ ] |
|          | Third month  | [ ] [ ] [ ] |

Also rate, in weeks, the longest continuous period without "objective bulimic episodes" over the past 3 months. If the absence of "bulimic episodes" was forced by circumstances, it should not be considered. (If the question is not asked, rate 99.)

[ ] [ ]

---

(ítem diagnóstico)

[Para "episodios bulímicos objetivos", "episodios bulímicos subjetivos" y "episodios de sobreingesta objetiva":

- |      |                                             |             |
|------|---------------------------------------------|-------------|
| (i)  | Número de días (puntúe 00 si ninguno)       | [ ] [ ]     |
| (ii) | Número de episodios (puntúe 000 si ninguno) | [ ] [ ] [ ] |

En general, es mejor calcular primero el número de días y después el número de episodios. Si el número de episodios es tan grande que resulta imposible calcular su frecuencia, puntúe 777. Los "episodios de sobreingesta subjetiva" no se valoran.]

[Pregunte sobre los dos meses anteriores.]

Para "episodios bulímicos objetivos", valore el número de días en que se produjeron y el número de episodios que tuvieron lugar en los dos meses anteriores. (Puntúe 0, si no se produjo ninguno y 9 si no formula la pregunta.)

|           |             |                 |
|-----------|-------------|-----------------|
| Días      | Segundo mes | [ ] [ ]         |
|           | Tercer mes  | [ ] [ ]         |
| Episodios | Segundo mes | [ ] [ ] [ ] [ ] |
|           | Tercer mes  | [ ] [ ] [ ] [ ] |

Valore también, en semanas, el periodo continuo más prolongado sin "episodios bulímicos objetivos" a lo largo de los tres meses pasados. Si la ausencia de "episodios bulímicos objetivos" se ha producido forzada por las circunstancias, no debería considerarse. (Si la pregunta no se formula, puntúe 99.)

[ ] [ ]

VERSION ORIGINAL INGLES A

---

**DIETARY RESTRICTION**

**(Diagnostic item)**

**OUTSIDE BULIMIC EPISODES**

[Only rate this item if there have been objective bulimic episodes over the past 3 months.]

**Outside these times when you have lost control over eating (refer to the "objective" and "subjective" bulimic episodes), how much have you been restricting the amount that you eat?**

**Typically what have you eaten?**

**Has this been to influence your shape and weight?**

[Ask about actual food intake outside the "objective" and "subjective bulimic episodes". Rate the average degree of dietary restriction. This should have been intended to influence shape, weight or body composition although this may not have been the sole or main reason. Rate each of the past three months separately whether or not it included a bulimic episode. Rate 9 if not asked.]

0 - No extreme restriction outside bulimic episodes.

1 - Extreme restriction outside objective bulimic episodes, (i.e. low energy intake (< 1200 kcal.) due to infrequent eating and or consumption of low calorie foods.

2 - Not eating outside objective bulimic episodes, (i.e., fasting).

Month 1 [ ]

Month 2 [ ]

Month 3 [ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

---

**DIETARY RESTRICTION**

**(Diagnostic item)**

**APART FROM BULIMIC EPISODES**

[Rate this item only if bulimic episodes have occurred over the past 3 months.]

**Apart from the times when you lost control over eating (refer to the "objective" and "subjective" bulimic episodes), how much have you been limiting the amount of food you eat?**

**What have you usually eaten?**

**Has this been to influence your shape and weight?**

[Ask about the actual food intake apart from the "objective" and "subjective bulimic episodes". Rate the average level of food restriction. The goal of the restriction should have been to influence shape, weight or body composition even if this may not have been the unique or major reason. Rate each month separately whether or not it includes bulimic episodes. If the question is not asked, rate 9.]

0 - No extreme restriction apart from bulimic episodes.

1 - Extreme restriction apart from the objective bulimic episodes, this is low intake of calories (< 1200 kcal.) due to an infrequent food intake and or to a low calorie food intake.

2 - Does not eat apart from objective bulimic episodes, this is, fasting.

Month 1 [ ]

Month 2 [ ]

Month 3 [ ]

---

**ES-EDE**

---

**RESTRICCION ALIMENTARIA  
AL MARGEN DE LOS EPISODIOS BULÍMICOS**

**(Ítem diagnóstico)**

[Valore este ítem sólo si en los 3 meses pasados, se han producido episodios bulímicos.]

**Al margen de los momentos en que perdiste el control al comer (haga referencia a los "episodios bulímicos objetivos" y "subjetivos"), ¿en qué medida has estado limitando las cantidades que comías?**

**¿Qué has comido habitualmente?**

**¿Pretendías con ello controlar tu figura o tu peso?**

[Pregunte sobre el consumo real de alimentos al margen de los "episodios bulímicos objetivos" o "subjetivos". Valore el nivel medio de restricción alimentaria. El objetivo de la restricción ha debido ser controlar la figura, el peso o la estructura corporal, aun cuando puede que ésta no haya sido la única razón ni la principal. Valore cada uno de los tres meses por separado tanto si incluyen episodios bulímicos como si no. Si la pregunta no se formula, puntúe 9.]

0 - No se produce restricción extrema al margen de los episodios bulímicos.

1 - Restricción extrema al margen de los episodios bulímicos objetivos, esto es, bajo consumo de calorías (< 1200 Kcal.) debido a un consumo de alimentos poco frecuente y/o consumo de alimentos bajos en calorías.

2 - No come fuera de los episodios bulímicos objetivos, esto es, ayuno.

Mes 1 [ ]

Mes 2 [ ]

Mes 3 [ ]

---

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**SOCIAL EATING.**

**(Eating concern subscale)**

**\*Over the past 4 weeks have you been concerned about other people seeing you eat?**

**Have you avoided such occasions?**

[Rate the degree of concern about eating normal or less than normal amounts of food in front of other people (e.g., family), and whether this has led to avoidance. This should represent the average for the entire month. If the possibility of eating with others has not arisen, rate 9. Do not consider "objective bulimic episodes" or "episodes of objective overeating".]

0 - No concern about being seen eating by others and no avoidance of such occasions.

1 -

2 - Has felt slight concern at being seeing eating but not avoidance.

3 -

4 - Has felt definite concern and has avoided some such occasions.

5 -

6 - Has felt definite concern and has avoided all such occasions.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**EATING IN SOCIAL  
SITUATIONS**

**(Eating concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks have you been worried about other people seeing you eating?**

**Have you avoided this type of situations?**

[Rate the level of concern that eating normal or less than normal amounts of food in front of other people, for instance, family, has produced and if this has led to avoid such situations. The rating should represent the monthly average. If the occasion to eat with people has not arisen, rate 9. Do not take into account "objective bulimic episodes" or "objective overeating episodes".]

0 - No concern about the fact that other might see him/her eating and no avoidance.

1 -

2 - Has felt a slight concern about the fact that other might see him/her eating but has not avoided.

3 -

4 - Has felt a definite concern about the fact that other might see him/her eating and has avoided some situations.

5 -

6 - Has felt a definite concern about the fact that other might see him/her eating and has always avoided .

[ ]



---

**ES-EDE**

**COMER EN  
SITUACIONES SOCIALES.**

**(Subescala de  
preocupación por la ingesta)**

**Durante las últimas cuatro semanas, ¿te has estado preocupado por el hecho de que otras personas le vieran comiendo?**

**¿Has evitado este tipo de situaciones?**

[Valore el grado de preocupación que le ha producido el comer alimentos en cantidades normales o menores de lo normal ante otras personas, por ejemplo la familia y si esto le ha llevado a evitar tales situaciones. La valoración debería representar la media de todo mes. Si no ha surgido la posibilidad de comer en compañía, puntúe 9. No tenga en cuenta los "episodios bulímicos objetivos" o los "episodios de sobreingesta objetiva".]

0 - Ninguna preocupación por el hecho de que otros le vieran comer y no lo ha evitado.

1 -

2 - Ha sentido una ligera preocupación por el hecho de que otros le vieran comer pero no lo ha evitado.

3 -

4 - Ha sentido una preocupación inequívoca por el hecho de que otros le vieran comer y ha evitado algunas de estas situaciones.

5 -

6 - Sintió una preocupación inequívoca por el hecho de que otros le vieran comer y lo ha evitado siempre.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES A**

**EATING IN SECRET**

**(Eating concern subscale)**

**\*Over the past 4 weeks have you eaten in secret?**

[Rate the number of days on which there has been at least one episode of secret eating. Secret eating secretly refers to eating that is furtive and the subject wishes to conceal. Avoidance of eating in front of others should be rated under "Social eating". If the possibility of eating with others has not arisen, rate 9. Do not consider "objective bulimic episodes".]

- 0 - Has not eaten in secret.
- 1 -
- 2 - Has eaten in secret on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Has eaten in secret on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Has eaten in secret every day.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**EATING IN SECRET**

**(Eating concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks, have you hidden to eat?**

[RATE the number of days the interviewee has eaten in secret, at least once. Eating secretly means to eat furtively, secretly and desire to conceal it. Avoidance of eating with other people should be rated in the section "Eating in social situations". If the opportunity to eat with others has not arisen, rate 9. Do not take into account "objective bulimic episodes".]

- 0 - Has not eaten in secret.
- 1 -
- 2 - Has eaten in secret on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Has eaten in secret on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Has eaten in secret every day.

[ ]

---

**ES-EDE**

**COMER EN SECRETO**

(Subescala de  
preocupación por la ingesta)

**\*Durante las últimas cuatro semanas, ¿has comido a escondidas?**

[Valore el número de días en que la entrevistada ha comido en secreto al menos una vez. Comer en secreto implica comer furtivamente, a escondidas y desear encubrirlo. El evitar comer con otras personas debería puntuarse en el apartado "Comer en situaciones sociales". Si no ha surgido la posibilidad de comer en compañía, puntúe 9. No tenga en cuenta los "episodios bulímicos objetivos".]

- 0 - No ha comido en secreto.
- 1 -
- 2 - Ha comido en secreto en menos de la mitad de los días.
- 3 -
- 4 - Ha comido en secreto en más de la mitad de los días.
- 5 -
- 6 - Ha comido en secreto todos los días.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**GUILT ABOUT EATING**

**(Eating Concern Subscale)**

**\*Over the past 4 weeks have you felt guilty after eating?**

**Have you felt that you have done something wrong? Why?**

**On what proportion of times that you have eaten have you felt guilty?**

[Rate the proportion of times on which feelings of guilt have followed eating. These feelings of guilt should relate to the effects of eating on shape, weight or body composition. Do not consider "objective bulimic episodes" but do consider other episodes of overeating. Distinguish guilt from regret: guilt refers to a feeling that one has done wrong. N.B. This rating is based on occasions.]

- 0 - No guilt after eating.
- 1 -
- 2 - Has felt guilty after eating on less than half the occasions.
- 3 -
- 4 - Has felt guilty after eating on more than half the occasions.
- 5 -
- 6 - Has felt guilty after eating on every occasion.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**GUILT OVER EATING**

**(Concern with intake subscale)**

**\*Over the last 4 weeks, have you felt guilty after eating?**

**Have you felt that you have done something wrong?**

**What proportion of times on which you have eaten have you felt guilty?**

[Rate the proportion of times the interviewee have experienced feelings of guilt after eating. These feelings should be related to the effects that eating has on shape, weight or body composition. Do not take into account "objective bulimic episodes" but do take into account other overeating episodes. Differentiate between guilt and regret, guilt refers to the feeling of having done something wrong. Remember that this rating is based on the number of times.]

- 0 - Has never felt guilty after eating.
- 1 -
- 2 - Has felt guilty after eating on less than half the times.
- 3 -
- 4 - Has felt guilty after eating on more than half the times.
- 5 -
- 6 - Has always felt guilty after eating.

[ ]

---

**ES-EDE**

**CULPABILIDAD POR COMER**

(Subescala de  
preocupación por la ingesta)

**\*Durante las últimas cuatro semanas, ¿te has sentido culpable después de comer?**

**¿Has sentido que habías hecho algo malo?**

**¿Qué proporción de veces te has sentido culpable?**

[Valore la proporción de veces en que la entrevistada experimentó sentimientos de culpa después de comer. Estos sentimientos deberían relacionarse con los efectos que el comer tiene sobre la figura el peso o la estructura corporal. No tenga en cuenta los "episodios bulímicos objetivos", pero sí los "episodios de sobreingesta". Diferencie entre culparse y lamentarse. Culparse se refiere al sentimiento de que se ha hecho algo malo. Lamentarse no implica un juicio moral de bueno y malo. Podemos lamentar llegar tarde a una cita, lamentamos haber decidido ir con ese grupo de vacaciones, lo cual no dignifica que nos sentimos culpables por ello. Lamentar significa sentir pena o contrariedad pero no necesariamente culpa Recuerde que esta valoración se basa en el número de veces.]

0 - Nunca se ha sentido culpable después de comer.

1 -

2 - Se ha sentido culpable después de comer en menos de la mitad de las veces.

3 -

4 - Se ha sentido culpable después de comer en más de la mitad de las veces.

5 -

6 - Se ha sentido culpable después de comer todas las veces.

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLES A

SELF-INDUCED VOMITING

(Diagnostic item)

**\*Over the past 4 weeks, have you made yourself sick as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of days on which there has been one or more episodes of self-induced vomiting as a means of controlling shape, weight or body composition. Rate 00 if no vomiting occurred.]

[ ][ ]

[Rate the number of discrete episodes of self-induced vomiting. Accept the subject's definition of an episode. Rate 777 if the number of episodes is so great that it cannot be calculated.]

[ ][ ][ ]

---

*[Ask about the preceding 2 months if practicing self-induced vomiting to control shape, weight or body composition.]*

[Rate the number of discrete episodes of self-induced over each of the 2 preceding months. Rate 999 if not asked.]

Month 2

[ ][ ][ ]

Month 3

[ ][ ][ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

SELF INDUCED VOMITING

(Diagnostic item)

**\*Over the last 4 weeks, have you induced vomiting as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of days one or more episodes of self-induced vomiting occurred as a means of controlling shape, weight or body composition. If no vomiting occurred, rate 00.]

[ ][ ]

[Rate the number of different episodes of self-induced vomiting. Accept the definition of the episode provided by the subject. If the number of episodes is so large that it is impossible to calculate, rate 000.]

[ ][ ][ ]

---

*[Ask the subject if over the preceding 2 months self induced vomiting occurred in order to control shape, weight or body composition.]*

[Rate the number of self-induced vomiting episodes in each of the 2 preceding months. If the question is not asked, rate 999.]

Month 2

[ ][ ][ ]

Month 3

[ ][ ][ ]

---

**ES-EDE**

**PROVOCACIÓN DEL VÓMITO**

(Ítem diagnóstico)

**\*Durante las últimas cuatro semanas, ¿te has provocado vómitos a fin de controlar su peso o su figura?**

[Valore el número de días en que el sujeto se ha provocado uno o más episodios de vómito como medio para controlar la figura, el peso o la estructura corporal. Si no se han provocado vómitos, puntúe 00.]

[ ]

[Valore el número de episodios diferenciados de vómito que el sujeto se provocó. Acepte la definición de episodio que le proporciona cada sujeto. Si el número de episodios es tan elevado que resulta imposible de calcular, puntúe 777. Si no se han provocado vómitos, puntúe 000.]

[ ] [ ] [ ]

---

[Pregunte al sujeto si en los 2 meses anteriores se provocó el vómito a fin de controlar la figura, el peso o la estructura corporal.]

[Valore el número de episodios de vómito que la entrevistada se provocó en cada uno de los dos meses anteriores. Si la pregunta no se formula, puntúe 999.]

Mes 2

[ ] [ ] [ ]

Mes 3

[ ] [ ] [ ]

---

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**LAXATIVE MISUSE**

**(Diagnostic item)**

**\*Over the past 4 weeks have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of days on which laxatives has been taken as a means of controlling shape, weight or body composition. This should have been the main reason, although it may not have been the sole reason. Rate 00, if there was not laxative use or there is doubt whether laxative taking was primarily to influence shape, weight or body composition.]

[ ][ ]

[Rate the number of individual episodes of laxatives misuse (as defined above). Rate 777, if the number is so great that it cannot be calculated. Rate 000, if no such laxative misuse.]

[ ][ ][ ]

[Rate the average number of laxatives taken on each occasion. Rate 999 if not applicable. Rate 777, if not quantifiable, e.g. use of bran.]

[ ][ ][ ]

[Note the type of laxative taken.]

---

[Ask about the preceding 2 months if taking laxatives to influence shape, weight or body composition.]

[Rate the number of discrete episodes of laxative misuse over each of the preceding months. Rate 000 if no such laxative. Rate 999 if not asked.]

Month 2

[ ][ ][ ]

Month 3

[ ][ ][ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**LAXATIVE MISUSE**

**(Diagnostic item)**

**\*Over the last 4 weeks, have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of days laxatives have been taken as a means of controlling shape, weight or body composition. This should have been the major reason, though it may not have been the only one. If laxatives were not used or if doubt is present regarding whether laxative taken was primarily intended to control shape, weight or body composition, rate 00.]

[ ][ ]

[Rate the number of different episodes of laxatives misuse (as defined above). If the number of episodes is so large that is impossible to calculate, rate 777. If laxative misuse did not occur, rate 000.]

[ ][ ][ ]

[Rate the average number of laxatives taken in each occasion. If not applicable rate 999. If the amount is not quantifiable such as the case of bran, rate 777.]

[ ][ ][ ]

[Register the type of laxative taken.]

---

[Ask the interviewee if over the preceding 2 months she/he had taken laxatives in order to influence shape, weight or body composition.]

[Rate the number of different episodes of laxative misuse in each of the preceding months. If laxative misuse did not occur, rate 000. If the question is not asked, rate 999.]

Month 2

[ ][ ][ ]

Month 3

[ ][ ][ ]

---



---

**ES-EDE**

**ABUSO DE LAXANTES**

(Ítem diagnóstico)

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿has tomado laxantes a fin de controlar tu figura o tu peso?**

(Valore el número de días en que se han ingerido laxantes con el fin de controlar la figura, el peso o la estructura corporal. Ésta ha debido ser la razón principal, aunque puede que no haya sido la única. Si no se utilizaron laxantes o si existen dudas en relación a si el propósito fundamental era controlar la figura, el peso o la estructura corporal, puntúe 00.)

[ ][ ]

[Valore el número de episodios diferenciados de abuso de laxantes (tal como se define arriba). Si el número es tan elevado que resulta imposible de calcular, puntúe 777. Si no se ha producido abuso de laxantes, puntúe 000.]

[ ][ ][ ]

(Valore el número medio de laxantes ingeridos en cada ocasión. Si no es aplicable, puntúe 999. Si la cantidad no es cuantificable, como por ejemplo en el caso del salvado, puntúe 777.)

[ ][ ][ ]

(Indique el tipo de laxante consumido.)

---

(Pregunte a la entrevistada si durante los dos meses anteriores había tomado laxantes con el fin de controlar la figura, el peso o la estructura corporal.)

[Valore el número de episodios diferenciados de abuso de laxantes en cada uno de los dos meses anteriores. Si el abuso de laxantes no se produjo, puntúe 000. Si la pregunta no se formula, puntúe 999.]

Mes 2

[ ][ ][ ]

Mes 3

[ ][ ][ ]

---

VERSION ORIGINAL INGLESA

DIURETIC MISUSE

(Diagnostic item)

**\*Over the past 4 weeks have you taken diuretics as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of days on which diuretics have been taken as a means of controlling shape, weight or body composition. This should have been the main reason, although it may not have been the sole reason. Rate 00 if there was not diuretic use or there is no doubt whether the diuretic taking was primarily to influence shape, weight or body composition.]

[ ][ ]

[Rate the number of individual episodes of diuretic misuse (as defined above). Rate 777 if the number of episodes is so great that it cannot be calculated. Rate 000 if not such diuretic misuse.]

[ ][ ]

[Rate the average number of diuretics taken on each occasion. Rate 999 if not applicable. Rate 777 if not quantifiable.]

[ ][ ]

[Note the type of diuretic taken.]

---

[Ask about the preceding 2 months if taking diuretics to influence shape, weight or body composition.]

[Rate the number of discrete episodes of diuretic misuse over each of the 2 preceding months. Rate 000 if no such diuretic misuse. Rate 999 if not asked.]

Month 2

[ ][ ]

Month 3

[ ][ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

DIURETIC MISUSE

(Diagnostic item)

**\*Over the last 4 weeks, have you taken diuretics as a means of controlling your shape or weight?**

[Rate the number of days diuretics have been taken as a means of controlling shape, weight or body composition. This should have been the major reason, though it may not have been the only one. If diuretic misuse did not occur or if it is clear that diuretic use did not attempt to control shape, weight or body composition, rate 00.]

[ ][ ]

[Rate the number of different episodes of diuretic misuse (as defined above). If the number of episodes is so large that is impossible to calculate, rate 777. If the diuretic misuse did not occurred, rate 000.]

[ ][ ]

[Rate the average number of diuretics taken in each occasion. If not applicable rate 999. If the amount is not quantifiable, rate 777.]

[ ][ ]

[Register the type of diuretic taken.]

---

[Ask the interviewee if over the preceding 2 months she /he had taken diuretics in order to control shape, weight or body composition.]

[Rate the number of different episodes of diuretic misuse in each of the 2 preceding months. If diuretic misuse did not occurred, rate 000. If the question is not asked, rate 999.]

Month 2

[ ][ ]

Month 3

[ ][ ]

---

ES-EDE

ABUSO DE DIURETICOS

(Ítem diagnóstico)

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso?**

[Valore el número de días en que se han ingerido diuréticos para controlar la figura, el peso o la estructura corporal. Esta ha debido ser la razón principal aunque puede que no haya sido la única. Si el abuso de diuréticos no se ha producido o si estuviese claro que el consumo de diuréticos no perseguía principalmente controlar la figura, el peso o la estructura corporal, puntúe 00.]

[ ][ ]

[Valore el número de episodios diferenciados de abuso diuréticos (tal como se define arriba). Si el número es tan elevado que resulta imposible de calcular, puntúe 777. Si no se ha producido abuso de diuréticos, puntúe 000.]

[ ][ ][ ]

(Valore el número medio de diuréticos ingeridos en cada ocasión. Si no es aplicable, puntúe 999. Si la cantidad no es cuantificable, puntúe 777.)

[ ][ ][ ]

[Indique el tipo de diurético ingerido.]

---

[Pregunte al sujeto si a lo largo de los dos meses anteriores ingirió diuréticos con el fin de controlar la figura, el peso o la estructura corporal.]

[Valore el número de episodios diferenciados de abuso de diuréticos en cada uno de los dos meses anteriores. Si no se produjo abuso de diuréticos, puntúe 000. Si la pregunta no se formula, puntúe 999.]

Mes 2

[ ][ ][ ]

Mes 3

[ ][ ][ ]

---

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**INTENSE EXERCISING**

**(Diagnostic item)**

**TO CONTROL SHAPE OR WEIGHT**

**Over the past 4 weeks have you exercised as a means of controlling your weight, altering your shape or amount of fat or burning off calories?**

**Typically, what form of exercise have you taken?**

[Rate the number of days on which the subject has engaged in intense exercise that was predominantly intended to use calories or change shape, weight or body composition. The decision whether exercising was "intense" should be made by the interviewer. If in doubt, exercising should not be classed as intense. Rate 00 if no such exercising.]

[ ][ ]

[Rate the average amount of time (in minutes) per day spent exercising in this way. Only consider days on which the subject exercised. Rate 999 if no such exercising.]

[ ][ ]

[Ask about the preceding 2 months, if there has been exercising of this type.]

[Rate the number of days on which the subject has exercised in this manner over each of the 2 preceding months. If not asked, rate 99.]

Month 2

[ ][ ]

Month 3

[ ][ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**INTENSE EXERCISE TO**

**(Diagnostic item)**

**CONTROL SHAPE OR WEIGHT**

**Over the last 4 weeks, have you exercised intensively as a means of controlling your weight, modifying your shape, reducing fat or burning calories?**

**What type of exercise have you usually practiced?**

[Rate the number of days the interviewee has practiced intense exercise in order to, mainly burn calories or change shape, weight or body composition. The interviewer should decide whether or not the exercise was "intense". In case of doubt, exercise should not be considered intense. If this kind of exercise was not practiced, rate 00.]

[ ][ ]

[Rate in minutes the average daily time the interviewee devoted to practice intense exercise. Consider only those days the subject exercised. If this type of exercise had not been practiced, rate 999.]

[ ][ ]

[Ask if over the preceding 2 months, she/he has practiced this type of exercise.]

[Rate the number of days, intense exercise was practiced in each of the 2 preceding months. If the question is not asked, Rate 99.]

Month 2

[ ][ ]

Month 3

[ ][ ]

---

ES-EDE

---

**EJERCICIO INTENSO PARA  
CONTROLAR LA FIGURA O EL PESO**

(Ítem diagnóstico)

**En las últimas cuatro semanas, ¿has practicado ejercicio con el fin de controlar tu peso, cambiar tu figura o reducir grasa o quemar calorías?**

**¿Qué tipo de ejercicio has realizado habitualmente?**

[Valore el número de días en que la entrevistada ha practicado ejercicio intenso dirigido fundamentalmente a quemar calorías y/o modificar la figura, el peso o la estructura corporal. Es el entrevistador quien debe valorar si el ejercicio fue "intenso". En caso de duda, el ejercicio no debería calificarse de intenso. Si no se ha practicado este tipo de ejercicio, puntúe 00.]

[ ][ ]

[Valore en minutos la media de tiempo que la entrevistada dedicó diariamente a la práctica de ejercicio intenso. Considere solamente aquellos días en que el sujeto practicó ejercicio. Si no se ha practicado ejercicio de este tipo, puntúe 999.]

[ ][ ][ ]

---

[Pregunte si a lo largo de los dos meses anteriores ha practicado ejercicio de este tipo.]

[Valore el número de días en que se practicó ejercicio intenso cada uno de los dos meses anteriores. Si la pregunta no se formula, puntúe 99.]

Mes 2

[ ][ ]

Mes 3

[ ][ ]

---

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

---

**ABSTINENCE FROM EXTREME  
WEIGHT-CONTROL BEHAVIOR**

**(Diagnostic item)**

[Only ask this question if at least one of the key forms of weight-control behavior has been rated positively at the specified severity level over the past 3 (see the section of eating disorder diagnosis).]

[The five forms of behaviors are as follows:

- fasting
- self-induced vomiting
- laxative misuse
- diuretics misuse
- excessive exercise]

**Over the past 3 months has there been a period of 2 or more weeks when you have not.....?**

[Ask as for individual items.]

[Ascertain the number of consecutive weeks, over the past 3 months, "free" (i.e., not above the threshold levels) from all five forms of extreme weight-control behavior. Do not rate abstinence due to forced circumstances. Rate 99, if item is not applicable.]

[ ][ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**ABSENCE OF EXTREME  
WEIGHT CONTROL BEHAVIOURS**

**(Diagnostic item)**

[Ask this question only if over the past 3 months, at least one of the key behaviors of weight control has obtained a positive rating and with the required degree of severity (see the section of eating disorder diagnosis).]

[The five types of behaviors are the following:

- fasting
- self induced vomiting
- laxative misuse
- diuretics misuse
- excessive exercise]

**Over the past 3 months, do you remember a period of time of 2 or more weeks you have not.....?**

[Ask for each item.]

[Find out the number of consecutive weeks, over the past 3 months, in which "none" of the five extreme weight control behaviors were present above the thresholds previously indicated. If absence was forced by circumstances do not rate. If item is not applicable, rate 99.]

[ ][ ]

---

---

**ES-EDE**

---

**AUSENCIA DE CONDUCTAS  
EXTREMAS DE CONTROL DE PESO**

(ítem diagnóstico)

[Formule esta pregunta sólo si en los pasados tres meses, al menos una de las conductas clave de control de peso ha obtenido valoración positiva y en el grado de severidad requerido (ver la sección de diagnóstico de trastorno alimentario).]

[Los cinco tipos de conducta son los siguientes:

- ayuno
- provocación del vómito
- abuso de laxantes
- abuso de diuréticos
- ejercicio excesivo]

**En los pasados tres meses, recuerdas algún periodo de tiempo de dos o más semanas en las que no hayas.....?**

[Pregunte para cada conducta por separado.]

[Averigüe el número de semanas consecutivas en que, a lo largo de los tres meses pasados, "ninguna" de las cinco conductas extremas de control de peso estuvo presente por encima de los umbrales señalados anteriormente. Si la ausencia se produjo forzada por las circunstancias, no la valore Si el ítem no fuera aplicable, puntúe 99.]

[ ][ ]

---

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**DISSATISFACTION  
WITH WEIGHT**

**(Weight concern subscale)**

**Over the past 4 weeks have you felt dissatisfied with your weight?**

**Have you been so dissatisfied that it has made you unhappy?**

[Only rate dissatisfaction due to weight being regarded as too high. Assess the subject's attitude to her or his weight and rate accordingly. This should represent the average for the entire month. Only rate 4, 5 or 6 if there has been distress. Do not prompt with the terms "slight", "moderate" or "marked". Rate 9 if the subject is unaware of his or her weight.]

0 - No dissatisfaction.

1 -

2 - Slight dissatisfaction (no associated distress).

3 -

4 - Moderate dissatisfaction (slight associated distress).

5 -

6 - Marked dissatisfaction (extreme concern and distress, weight totally unacceptable).

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**DISSATISFACTION  
WITH WEIGHT**

**(Weight concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks, have you felt dissatisfied with your weight?**

**Have you felt dissatisfied to the point of feeling unhappy?**

[Rate only the dissatisfaction due to a weight considered to be high. Assess the attitude of the interviewee towards her/him weight and rate accordingly. This rating should reflect the monthly average. Rate 4, 5 or 6 only if distress has been present. Do not provide clues suggesting terms such as "slight", "moderate" or "marked". If the person does not know her/his weight, rate 9.]

0 - No dissatisfaction with weight.

1 -

2 - Slight dissatisfaction with weight (no associated distress).

3 -

4 - Moderate dissatisfaction with weight (slight associated distress).

5 -

6 - Marked dissatisfaction with weight (extreme concern and distress, totally unacceptable weight)

[ ]



---

ES-EDE

**INSATISFACCIÓN  
RESPECTO AL PESO**

(Subescala de preocupación por el peso)

**\*A lo largo de las últimas cuatro semanas, ¿te has sentido insatisfecha con tu peso?**

**¿Te has sentido insatisfecha hasta el punto de sentirte infeliz?**

[Valore solamente la insatisfacción debida a un peso que considera demasiado alto. Valore la actitud de la entrevistada hacia su peso y valore acorde a ello. Esta valoración debería reflejar la media de todo el mes. Valore 4, 5 ó 6 sólo si el malestar ha estado presente. No dé pistas sugiriendo términos como "ligero", "moderado" o "acusado". Si la persona desconoce su peso, puntúe 9.]

0 - Ninguna insatisfacción con el peso.

1 -

2 - Ligera insatisfacción con el peso (no experimenta malestar asociado).

3 -

4 - Insatisfacción moderada con el peso (ligera malestar asociada).

5 -

6 - Insatisfacción acusada con el peso (inquietud extrema y malestar, peso totalmente inaceptable).

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES A**

**DESIRE TO LOSE WEIGHT**

**(Weight concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks, have you wanted to lose weight?  
Have you had a strong desire to lose weight?**

[Rate the number of days on which there has been a strong desire to lose weight.]

- 0 - No strong desire to lose weight.
- 1 -
- 2 - Strong desire present on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Strong desire present on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Strong desire present every day.

[ ]

**DESIRED WEIGHT**

**\*What weight would you like to be?**

[Rate weight in kilograms. Rate 888 if the subject is not interested in his or her weight. Rate 777 if no specific weight would be sufficiently low. Rate 666 if subject is primarily interested in his or her shape but has some concern about weight (but not a specific weight).]

[ ][ ]

---

**ES-EDE**

**DESIRE TO LOSE WEIGHT**

**(Weight concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks, have you desired to lose weight?  
Have you felt a strong desire to lose weight?**

[Rate the number of days the subject experienced a intense desire to lose weight.]

- 0 - No intense desire to lose weight.
- 1 -
- 2 - Intense desire to lose weight on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Intense desire to lose weight on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Intense desire to lose weight present every day.

[ ]

**DESIRED WEIGHT**

**\*What would you like to weight?**

[Rate the weight in kilograms. If the interviewee is not interested in her/his weight, rate 888. If no specific weight would be sufficiently low for the subject, rate 777. If subject is mainly interested in shape but experiences some concern with weight (though not related to a specific weight), rate 666.

[ ][ ]

**DESEO DE PERDER PESO**

(Subescala de preocupación por el peso)

**\*A lo largo de las últimas cuatro semanas, ¿has deseado perder peso?  
¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?**

[Valore el número de días en que el sujeto experimentó un deseo intenso de perder peso.]

- 0 - Ningún deseo intenso de perder peso.
- 1 -
- 2 - Deseo intenso presente en menos de la mitad de los días.
- 3 -
- 4 - Deseo intenso presente en más de la mitad de los días.
- 5 -
- 6 - Deseo intenso presente todos los días.

[ ]

**PESO DESEADO**

**\*¿Cuánto te gustaría pesar?**

[Valore el peso en kilogramos. Si a la entrevistada no le interesa su peso, valore 888. Si ningún peso concreto fuese lo suficientemente bajo para ella, puntúe 777. Si principalmente le interesa su figura pero experimenta alguna preocupación por el peso (aunque no respecto a un peso concreto), valore 666.]

[ ][ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES**

**REACTION TO  
PRESCRIBED WEIGHING**

**(Weight concern subscale)**

**\*How would you feel if you were asked to weight yourself once each week for the next 4 weeks?**

[Rate the strength of reaction. Positive reactions should be rated 9. Check whether other aspects of the subject's life would be influenced. Ask the subject to describe in detail how he or she would react and rate accordingly. Do not prompt with the terms "slight", "moderate" or "marked". If the subject would not comply with prescribed weighing because it would be extremely disturbing, rate 6.]

0 - No reaction.

1 -

2 - Slight reaction.

3 -

4 - Moderate reaction (definite reaction but manageable).

5 -

6 - Marked reaction (pronounced reaction which would affect other aspects of the subject's life).

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**REACTION TO THE  
PRESCRIBED WEIGHING**

**(Weight concern subscale)**

**\*How would you feel if you were asked to weight yourself once a week over the next 4 weeks?**

[Rate the intensity of the reaction. Positive reactions should be rated 9. Check if this would affect other areas of the subject's life. Ask the subject to describe in detail how would she/he react and rate accordingly. Do not give clues suggesting terms such as "slight", "moderate" or "marked". If the interviewee considers that the prescription would be highly disturbing and will not comply, rate 6.]

0 - No reaction.

1 -

2 - Slight reaction.

3 -

4 - Moderate reaction (definite reaction but manageable).

5 -

6 - Marked reaction (pronounced reaction that would affect other aspects of the subject's life).

[ ]

---

**ES-EDE**

**REACCION ANTE LA  
PRESCRIPCION DE PESARSE.**

**(Subescala de  
preocupación por el peso)**

**\*¿Cómo te sentirías si te pidieran que te pesaras una vez a la semana durante las próximas cuatro semanas?**

[Valore la intensidad de la reacción. Las reacciones positivas se deberían valorar 9. Compruebe si esto afectaría a otros aspectos de la vida del sujeto. Pídale que describa en detalle cómo reaccionaría y valore acorde a ello. No dé pistas sugiriendo términos como "ligero", "moderado" o "acusado". Si la entrevistada considera que la prescripción le resultaría extremadamente perturbadora y no la cumpliría, valore 6.]

0 - Ninguna reacción.

1 -

2 - Reacción ligera.

3 -

4 - Reacción moderada (reacción inequívoca pero manejable).

5 -

6 - Reacción acusada (reacción fuerte que afectaría a otros aspectos de la vida del sujeto).

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**DISSATISFACTION WITH SHAPE**

**(Shape concern subscale)**

**\*Over the past 4 weeks have you been dissatisfied with your shape?**

**Have you been so dissatisfied that it has made you unhappy?**

[Only rate dissatisfaction with shape and not that concerning body tone. Assess the subject's attitude to his or her weight and rate accordingly. This should represent the average for the entire month. Only rate 4, 5 or 6 if there has been associated distress. Do not prompt with the terms "slight", "moderate" or "marked".]

0 - No dissatisfaction with shape.

1 -

2 - Slight dissatisfaction with shape (no associated distress).

3 -

4 - Moderate dissatisfaction with shape (some associated distress).

5 -

6 - Marked dissatisfaction with shape (extreme concern and distress, shape totally unacceptable).

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**DISSATISFACTION WITH SHAPE**

**(Shape concern subscale)**

**\*Over the last 4 weeks have you felt dissatisfied with your shape?**

**Have you felt dissatisfied to the point of feeling unhappy?**

[Rate only dissatisfaction with shape and not dissatisfaction with the muscular tone. Assess the subject's attitude towards her/his weight and rate accordingly. This rating should reflect the monthly average. Rate 4, 5 or 6 only if distress has been present. Do not provide clues suggesting terms such as "slight", "moderate" or "marked".]

0 - No dissatisfaction with shape.

1 -

2 - Slight dissatisfaction with shape (no associated to distress).

3 -

4 - Moderate dissatisfaction with shape (slight associated distress).

5 -

6 - Marked dissatisfaction with shape (extreme concern and distress, totally unacceptable shape).

[ ]

---

**ES-EDE**

**INSATISFACCIÓN  
RESPECTO A LA FIGURA**

(Subescala de  
preocupación por la figura)

**\*A lo largo de las últimas cuatro semanas, ¿te has sentido insatisfecha con tu figura?**

**¿Te has sentido insatisfecha hasta el punto de sentirte infeliz?**

[Valore solamente la insatisfacción respecto a la figura y no la insatisfacción relativa al tono muscular. Valore la actitud del sujeto hacia su figura y valore acorde a ello. Esta valoración debería reflejar la media de todo el mes. Valore 4, 5 ó 6 sólo si ha existido malestar asociado. No dé pistas, sugiriendo términos como "ligero", "moderado" o "acusado".]

0 - Ninguna insatisfacción con la figura.

1 -

2 - Ligera insatisfacción con la figura (no experimenta malestar asociada).

3 -

4 - Insatisfacción moderada con la figura (ligera malestar asociada).

5 -

6 - Insatisfacción acusada (inquietud extrema y malestar, figura totalmente inaceptable).

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLES A

**PREOCCUPATION WITH  
SHAPE OR WEIGHT**

(Shape concern subscale)  
(Weight concern subscale)

**\*Over the past 4 weeks, have you spent much time thinking about your shape or weight?**

**Has thinking about your shape or weight interfered with your ability to concentrate? How about concentrating in things you are interested in, for example, reading, watching television or having a conversation?**

[Concentration is regarded as impaired if there have been intrusive thoughts about shape or weight that have interfered with activities. Rate the number of days on which this happened.]

0 - No concentration impairment.

1 -

2 - Concentration impairment on less than half the days.

3 -

4 - Concentration impairment on more than half the days.

5 -

6 - Concentration impairment every day.

[ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

**PREOCCUPATION WITH  
SHAPE OR WEIGHT**

(Shape concern subscale)  
(Weight concern subscale)

**\*Over the last 4 weeks, have you spent much time thinking about your shape or weight?**

**Do you consider that thinking about your shape or weight has interfered with your ability to concentrate? Have you been able to concentrate in things you are interested in such as for example, reading, watching TV or having a conversation?**

[If there have existed intrusive thoughts regarding weight or shape that have interfered with the development of other activities, it is considered that concentration was impaired. Rate the number of days it occurred.]

0 - No impairment of concentration.

1 -

2 - Impairment of concentration on less than half the days.

3 -

4 - Impairment of concentration on more than half the days.

5 -

6 - Impairment of concentration every day.

[ ]



---

ES-EDE

**PREOUPACION POR  
LA FIGURA O EL PESO.**

(Subescala de  
preocupación por la figura)  
(Subescala de  
Preocupación por el peso)

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿has dedicado mucho tiempo a pensar en tu figura o en tu peso?**

**Consideras que el pensar en tu figura o en tu peso ha interferido en tu capacidad para concentrarte? ¿Has logrado concentrarte en cosas por las que sientes interés, como por ejemplo, leer, ver la televisión o mantener una conversación?**

[Si han existido pensamientos intrusivos en relación al peso o la figura que interfirieron el desarrollo de otras actividades, se considera que la concentración ha resultado perjudicada. Valore el número de días en que esto ocurrió.]

0 - Ningún perjuicio de la concentración.

1 -

2 - Perjuicio de la concentración en menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Perjuicio de la concentración en más de la mitad de los días.

5 -

6 - Perjuicio diario de la concentración.

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLESA

IMPORTANCE OF SHAPE

(Diagnostic item)  
(Shape concern subscale)

**\*Over the past 4 weeks, has your shape been important in influencing how you feel about (judge, think, evaluate) yourself as a person?**

**If you imagine the things that influence how you feel (judge, think, evaluate) yourself such as your performance at work, being a parent, your marriage, how you get on with other people) and put this things in order of importance, where does your shape fit in?**

**If over the past 4 weeks, your shape would have changed in any way, would this have affected how you feel about yourself?**

**It is important to you that your shape does not change?**

[Rate the degree of importance the subject has placed on body shape and the position it has in his or her scheme for self-evaluation. To make this rating, comparisons may be made with other aspects of the subject's life that are of importance in his or her scheme for self-evaluation, (e.g., quality of relationships, being a parent, performance at work or leisure activities. The rating should represent the average for the entire month. Do not prompt with the terms "some", "moderate" or "supreme". If the subject has regarded both shape and weight as being of equivalent supreme importance, rate 6 on this item and on "Importance of weight".]

0 - No importance.

1 -

2 - Some importance (definitely an aspect of self-evaluation).

3 -

4 - Moderate importance (definitely one of the main aspects of self-evaluation).

5 -

6 -Supreme importance, (nothing is more important in the subject's scheme for self-evaluation.).

[ ]

---

[Ask about the preceding 2 months.] [Rate preceding 2 months. Rate 9 if not asked.]

Month 2

[ ]

Month 3

[ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

IMPORTANCE OF SHAPE

(Diagnostic item)  
(Shape concern subscale)

**\*Over the last 4 weeks , has your shape influence your mood?**

**\*If you consider the things that influence you mood, what do you think about yourself or the way you assess or judge yourself (such as for instance, your work performance, mothering, marriage, your relationship with others) and try to classify them accordingly to their importance, where would you put shape?**

**If over the last 4 weeks, your shape would have changed in any form, would this have influence your mood?**

**It is important for you not to change your shape?**

[Rate the degree of importance the subject gives to the body shape and the place it has in her/his self-assessment scheme. In order to obtain this rating, comparisons can be made with other important life features in the self-assessment scheme of the subject, such as for instance, quality of relationships, mothering, work performance or free time activities. the assessment should represent the monthly average. do not provide clues suggesting terms such as "some", "moderate" or "supreme". If the subject has expressed that shape and weight have a supreme importance or equivalent, rate 6 in this items in "importance of weight".]

0 - No importance.

1 -

2 - Some importance (clearly is a self assessment criteria).

3 -

4 - Moderate importance (clearly is one of the main self-assessment criteria).

5 -

6 -Supreme importance, (nothing is more important in the self assessment scheme).

[ ]

---

(Ask about the two preceding months.) (Rate separately the two preceding months. If the question is not asked, rate 9.)

Month 2

[ ]

Month 3

[ ]

ES-EDE

IMPORTANCIA DE LA FIGURA

(Ítem diagnóstico)  
(Subescala de preocupación por la figura)

\*A lo largo de las últimas cuatro semanas ¿ha afectado tu figura al modo en que te sientes contigo misma como persona (al modo en que te juzgas, te valoras o a lo que piensas sobre ti misma)?

\*Si piensas en las cosas que influyen en cómo te sientes contigo misma -las cosas que influyen en lo que piensas sobre ti misma, en cómo te valoras, en cómo te juzgas- como por ejemplo tu rendimiento en el trabajo, ser madre, tu matrimonio, tu relación con otra gente y tratases de ponerlas en orden de importancia, ¿en qué lugar situarías tu figura?

Si en las últimas cuatro semanas, tu figura hubiera cambiado en cualquier sentido, ¿habría afectado esto al modo en que te sientes contigo misma?

¿Es importante para ti que tu figura no cambie?

[Valore el grado de importancia que el sujeto concede a la figura corporal y el lugar que ésta ocupa en su esquema de autoevaluación. Para obtener esta valoración se pueden establecer comparaciones con otros aspectos de la vida importantes en el esquema de autoevaluación del sujeto, como por ejemplo, la calidad de las relaciones, ser madre, el rendimiento en el trabajo o las actividades en el tiempo libre. La valoración debería representar la media de todo el mes. No dé pistas sugiriendo términos como "alguna", "moderada" o "suprema". Si el sujeto ha expresado que la figura y el peso tienen una importancia suprema y equivalente, valore 6 tanto en este ítem como en el ítem "Importancia del peso".]

0 - Ninguna importancia.

1 -

2 - Alguna importancia (constituye inequívocamente un criterio de autoevaluación).

3 -

4 - Importancia moderada (constituye inequívocamente uno de los principales criterios de autoevaluación).

5 -

6 - Importancia suprema, nada es más importante en el esquema de autoevaluación del sujeto.

[ ]

(Pregunte sobre los dos meses anteriores.)

(Valore por separado los dos meses anteriores. Si la pregunta no se formula, puntúe 9.)

Mes 2

[ ]

Mes 3

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLESA

IMPORTANCE OF WEIGHT

(Diagnostic item)  
(Weight concern subscale)

**\*Over the past 4 weeks, has your weight been important in influencing how you feel about (judge, think, evaluate) yourself as a person?**  
**\*If you imagine the things that influence how you feel (judge, think, evaluate) yourself such as your performance at work, being a parent, your marriage, how you get on with other people) and put these things in order of importance, where does your weight fit in?**  
**If over the past 4 weeks, your weight would have changed in any way, would this have affected how you feel about yourself?**  
**It is important to you that your weight does not change?**

[Rate the degree of importance the subject has placed on weight (i.e., the actual or presumed weight) and its position in his or her scheme for self-evaluation. To make this rating, comparisons may be made with other aspects of the subject's life that are of importance in his or her scheme for self-evaluation, (e.g., quality of relationships, being a parent, performance at work or leisure activities). The rating should represent the average for the entire month. Do not prompt with the terms "some", "moderate" or "supreme". If the subject has regarded both weight and shape as being of equivalent supreme importance, rate 6 on this item and on "Importance of shape".]

- 0 - No importance.  
1 -  
2 - Some importance (definitely an aspect of self-evaluation).  
3 -  
4 - Moderate importance (definitely one of the main aspects of self-evaluation).  
5 -  
6 -Supreme importance, (nothing is more important in the subject's scheme for self-evaluation.).

[ ]

---

[Ask about the preceding 2 months.]  
[Rate preceding 2 months. Rate 9 if not asked.]  
Month 2  
Month 3

[ ]  
[ ]

TRADUCCIÓN INVERSA

IMPORTANCE OF WEIGHT

(Diagnostic item)  
(Weight concern subscale)

**\*Over the last 4 weeks, has your weight influenced your mood?**  
**\*If you consider the things that influence your mood, what you think about yourself or the way in which you assess or judge yourself (such as for instance, your work performance, mothering, marriage, your relationship with others) and try to classify them accordingly to their importance, where would you put your weight?**  
**If over the last 4 weeks your weight would have changed in any form, would this have influenced your mood?**  
**It is important for you not to change your weight?**

[Rate the degree of importance the subject gives to the body weight and the place it has in her/his self-assessment scheme. In order to obtain this rating, comparisons can be made with other important life features in the self-assessment scheme of the subject, such as for instance, quality of relationships, mothering, work performance or free time activities. The assessment should represent the monthly average. Do not provide clues suggesting terms such as "slight", "moderate" or "supreme". If the subject has expressed that shape and weight have an supreme importance or equivalent, rate 6 in this item in "Importance of shape".]

- 0 - No importance.  
1 -  
2 - Some importance (clearly is a self assessment criteria).  
3 -  
4 - Moderate importance (clearly is one of the main self-assessment criteria).  
5 -  
6 -Supreme importance, (nothing is more important in the self assessment scheme).

[ ]

---

[Ask about the two preceding months.]  
[Rate separately the two preceding months. If the question is not asked, rate 9.]  
Month 2  
Month 3

[ ]  
[ ]

## ES-EDE

## IMPORTANCIA DEL PESO

(Ítem diagnóstico)  
(Subescala de preocupación por el peso)

A lo largo de las últimas cuatro semanas ¿ha afectado tu peso al modo en que te sientes consigo misma como persona (al modo en que te juzgas, te valoras o a lo que piensas sobre ti misma)?

Si piensa en las cosas que influyen en cómo te sientes contigo misma -las cosas que influyen en lo que piensas sobre ti misma, en cómo te valoras, en cómo te juzgas- como por ejemplo tu rendimiento en el trabajo, ser madre, tu matrimonio, tu relación con otra gente y tratases de ponerlas en orden de importancia, ¿en qué lugar situarías tu peso?

Si en las últimas cuatro semanas, tu peso hubiera cambiado en cualquier sentido, ¿habría afectado esto al modo en que te sientes contigo misma?

¿Es importante para ti que tu peso no cambie?

[Valore el grado de importancia que el sujeto concede al peso corporal (es decir, al peso real o al peso supuesto) y el lugar que éste ocupa en su esquema de autoevaluación. Para obtener esta valoración se pueden establecer comparaciones con otros aspectos de la vida importantes en el esquema de autoevaluación del sujeto, como por ejemplo, la calidad de las relaciones, la maternidad, el rendimiento laboral o el tiempo libre. La valoración debería representar la media de todo el mes. No dé pistas sugiriendo términos como "alguna", "moderada" o "suprema". Si el sujeto ha expresado que el peso y la figura tienen una importancia suprema y equivalente, valore 6 tanto en este ítem como en el ítem "Importancia de la figura".]

0 - Ninguna importancia.

1 -

2 - Alguna importancia (constituye inequívocamente un criterio de autoevaluación).

3 -

4 - Importancia moderada (constituye inequívocamente uno de los principales criterios de autoevaluación).

5 -

6 - Importancia suprema, nada es más importante en el esquema de autoevaluación del sujeto.

[ ]

[Pregunte sobre los dos meses anteriores.]

[Valore los dos meses anteriores por separado. Si la pregunta no se formula, puntúe 9.]

Mes 2

[ ]

Mes 3

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLES**

**FEAR OF WEIGHT GAIN**

**(Diagnostic item)**  
**(Shape concern subscale)**

[Shorten the question if the subject is obviously overweight.]

**\*Over the past 4 weeks have you been afraid that you might gain weight (or become fat)?**

[Rate the number of days on which a definite fear has been present. Exclude reactions to actual weight gain.]

0 - No definite fear of fatness or weight.

1 -

2 - Definite fear of fatness or weight gain present on less than half the days.

3 -

4 - Definite fear of fatness or weight gain present on more than half the days.

5 -

6 - Definite fear of fatness or weight gain present every day.

[ ]

[Ask about the preceding 2 months.]. [Rate preceding 2 months. Rate 9 if not asked.]

Month 2

[ ]

Month 3

[ ]

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**FEAR OF WEIGHT GAIN**

**(Diagnostic item)**  
**(Shape concern subscale)**

[If overweight is evident do not ask the question.]

**\*Over the last 4 weeks, have you been afraid of gaining weight or becoming fat?**

[RATE the number of days a definite fear has been present. The reactions to actual weight gain should not be considered.]

0 - No definite fear of fatness or gaining weight.

1 -

2 - Definite fear of fatness or gaining weight present on less than half the days.

3 -

4 - Definite fear of fatness or gaining weight present on more than half the days.

5 -

6 - Definite fear of fatness or gaining weight present every day.

[ ]

[Ask about the preceding 2 months.]. (Rate the preceding 2 months. If the question is not asked, rate 9.)

Month 2

[ ]

Month 3

[ ]

---

ES-EDE

**MIEDO A ENGORDAR**

(Ítem diagnóstico)  
(Subescala de preocupación por la figura)

[Si el sobrepeso del sujeto es evidente, no formule la pregunta.]

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿has tenido miedo a ganar peso o a "volverte gorda"?**

[Valore el número de días en que el miedo inequívoco ha estado presente. Las reacciones ante aumento de peso real no deberían tenerse en cuenta.]

0 - Ningún miedo a la gordura o a ganar peso.

1 -

2 - Miedo inequívoco a la gordura o a ganar peso presente en menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Miedo inequívoco a la gordura o a ganar peso presente en más de la mitad de los días.

5 -

6 - Miedo inequívoco a la gordura o a ganar peso presente a diario.

[ ]

---

(Pregunte sobre los dos meses anteriores.)

(Valore los dos meses anteriores. Si la pregunta no se formula, puntúe 9.)

Mes 2

[ ]

Mes 3

[ ]

---

VERSION ORIGINAL INGLES A

**DISCOMFORT SEEING BODY**

**(Shape concern subscale)**

**Over the past 4 weeks, have you felt uncomfortable seeing your body for example in the mirror, in shop window reflections while you were taking a shower or a bath?**

**Have you avoided seeing your body? Why?**

[The discomfort should be due to the subject's sensitivity about the overall appearance of his or her shape or figure. It should not stem from sensitivity about specific aspects of appearance (e.g., acne) or from modesty.]

0 - No discomfort about seeing body.

1 -

2 - Some discomfort about seeing body.

3 -

4 - Definite discomfort about seeing body.

5 -

6 - Definite discomfort about seeing body and has attempted to avoid all such occasions (i.e., the subject has attempted not to see his or her body even when washing).

[ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

**DISCOMFORT SEEING BODY**

**(Shape concern subscale)**

**Over the last 4 weeks, have you felt uncomfortable seeing your body for instance seeing yourself in a mirror, in a window-shop or while you were taken a shower or a bath?**

**Have you avoided seeing your body? Why?**

[The discomfort should be due to shape or general appearance and not to modesty or specific aspects of appearance such as for instance, acne.]

0 - No discomfort seeing body.

1 -

2 - Some discomfort seeing body.

3 -

4 - Definite discomfort seeing body.

5 -

6 - Definite discomfort seeing body and has tried to avoid all these situations (this is, has tried not to see her/his body even when washing)

[ ]



---

**ES-EDE**

**INCOMODIDAD AL  
VER EL CUERPO**

(Subescala de preocupación  
por la figura)

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿te has sentido incómoda al ver tu cuerpo, por ejemplo, al mirarte en un espejo, verte reflejada en un escaparate o mientras te dabas una ducha o un baño?**

**¿Has evitado ver tu cuerpo? ¿Por qué?**

(La incomodidad debe tener su origen en la figura y no en la modestia o en aspectos concretos de la apariencia, como por ejemplo, el acné.)

0 - Ninguna incomodidad al ver su cuerpo.

1 -

2 - Alguna incomodidad al ver su cuerpo.

3 -

4 - Incomodidad inequívoca al ver su cuerpo.

5 -

6 - Incomodidad inequívoca al ver su cuerpo y ha intentado evitar todas estas situaciones (esto es, ha intentado no ver su cuerpo incluso cuando se estaba lavando).

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLES A

AVOIDANCE OF EXPOSURE

(Shape concern subscale)

**Over the past 4 weeks have you felt uncomfortable about others seeing your body, for example in communal changing rooms, when swimming or when wearing clothes that show your shape? What about your partner or friends seeing your body?**

**Have you avoided such situations? Why?**

[The discomfort should be due to the subject's sensitivity about the overall appearance of his or her shape or figure. It should not stem from sensitivity about specific aspects of appearance (e.g., acne) or from modesty. If the possibility of "exposure" has not arisen, rate 9.]

0 - No discomfort about others seeing body.

1 -

2 - Some discomfort about others seeing body.

3 -

4 - Definite discomfort about others seeing body.

5 -

6 - Definite discomfort about others seeing body and has attempted to avoid all such occasions.

[ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

AVOIDANCE OF EXPOSURE

(Shape concern subscale)

**Over the last 4 weeks, have you felt uncomfortable due other people seeing your body, for instance in dressing rooms, swimming pool or while wearing clothes that show your shape? And have you felt uncomfortable about your partner or friends seeing you body?**

**Have you avoided this type of situation? Why?**

[The discomfort should be due to shape or general appearance and not to modesty or specific aspects of appearance such as for instance, acne. If no opportunity of "exposure" has arisen, rate 9.]

0 - No discomfort about others seeing body.

1 -

2 - Some discomfort about others seeing body.

3 -

4 - Definite discomfort about others seeing body.

5 -

6 - Definite discomfort about others seeing body and has tried to avoid all these situations.

[ ]

---

ES-EDE

**EVITACION  
DE LA EXPOSICION.**

(Subescala de preocupación  
por la figura)

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿te has sentido incómoda por el hecho de que otras personas vieran tu cuerpo, por ejemplo, en vestuarios, en piscinas o al usar ropa que mostraba tu figura? Y, ¿te has sentido incómoda por el hecho de que tu pareja o por amigas/os vieran tu cuerpo?**

**¿Has evitado este tipo de situaciones? ¿Por qué?**

[La incomodidad debe tener su origen en la figura o la apariencia general y no en la modestia o en aspectos concretos de la apariencia, como por ejemplo, el acné. Si no ha surgido la posibilidad de "exponerse", puntúe 9.]

0 - Ninguna incomodidad por el hecho de que otros vieran su cuerpo.

1 -

2 - Alguna incomodidad por el hecho de que otros vieran su cuerpo.

3 -

4 - Clara incomodidad por el hecho de que otros vieran su cuerpo.

5 -

6 - Clara incomodidad cuando otros vieran su cuerpo y ha intentado evitar todas estas situaciones.

[ ]

VERSION ORIGINAL INGLES

FEELINGS OF FATNESS

(Diagnostic item)  
(Shape concern subscale)

[Omit this item if the subject is obviously overweight and rate 7.]

**\*Over the past 4 weeks have you felt fat?**

[Rate the number of days on which the subject has "felt fat" accepting his or her use of this expression. Distinguish feeling fat from feeling bloated premenstrually, unless this is experienced as feeling fat.]

- 0 - Has not felt fat.
- 1 -
- 2 - Has felt fat on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Has felt fat on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Has felt fat every day.

[ ]

---

[Ask about the preceding 2 months.]. [Rate preceding 2 months. Rate 9 if not asked.]

Month 2

[ ]

Month 3

[ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

FEELINGS OF  
FATNESS

(Diagnostic item)  
(Shape concern subscale)

[If overweight is evident do not ask this question and rate 7.]

**\*Over the last 4 weeks, have you felt fat?**

[Rate the number of days the interviewee has "felt fat" accepting her/his use of the phrase. Differentiate between feeling fat and feeling swollen before menstruation, unless the latter is experienced as feeling fat.]

- 0 - Has not felt fat.
- 1 -
- 2 - Has felt fat on less than half the days.
- 3 -
- 4 - Has felt fat on more than half the days.
- 5 -
- 6 - Has felt fat every day.

[ ]

---

(Ask about the preceding 2 months.). (Rate the preceding 2 months. If the question is not asked, rate 9.)

Month 2

[ ]

Month 3

[ ]

---

**ES-EDE**

**SENTIMIENTOS  
DE GORDURA**

(Ítem diagnóstico)  
(Subescala de preocupación por la figura)

[Si el sobrepeso de la entrevistada es evidente, omita esta pregunta y puntúe 7.]

- En las últimas cuatro semanas, ¿te has sentido gorda?

[Valore el número de días en que la entrevistada se ha "sentido gorda" respetando el uso que ella hace de la expresión. Diferencie entre sentirse gorda y sentirse hinchada antes de la menstruación, a menos que esto último se experimente como sentirse gorda.]

0 - No se ha sentido gorda.

1 -

2 - Se ha sentido gorda en menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Se ha sentido gorda en más de la mitad de los días.

5 -

6 - Se ha sentido gorda a diario.

[ ]

---

(Pregunte sobre los dos meses anteriores.)

(Valore los dos meses anteriores. Si la pregunta no se formula, puntúe 9.)

Mes 2

[ ]

Mes 3

[ ]

---

VERSION ORIGINAL INGLES

FLAT STOMACH

(Shape concern subscale)

[Omit this item if the subject is obviously overweight and rate 7.]

**\*Over the past 4 weeks have you had a definite desire to have a flat stomach?**

[Rate the number of days on which the subject has had a definite desire to have a flat or concave stomach. Do not rate simply the desire to have a flatter stomach.]

0 - No definite desire to have a flat stomach.

1 -

2 - Definite desire to have a flat stomach on less than half the days.

3 -

4 - Definite desire to have a flat stomach on more than half the days.

5 -

6 - Definite desire to have a flat stomach every day.

[ ]

WEIGHT AND HEIGHT

[The subject's weight and height should be measured.]

Weight in kg.

[ ][ ][ ]

Height in cm.

[ ][ ][ ]

---

TRADUCCIÓN INVERSA

FLAT STOMACH

(Shape concern subscale)

[If overweight is evident do not ask the question and rate 7.]

**\*Over the last 4 weeks, have you had a definite desire to have a flat stomach?**

[RATE the number of days the interviewee has felt a definite desire to have a flat or hollow stomach. Do not rate the mere desire to have a flatter stomach.]

0 - No definite desire to have a flat stomach.

1 -

2 - Definite desire to have a flat stomach on less than half the days.

3 -

4 - Definite desire to have a flat stomach on more than half the days.

5 -

6 - Definite desire to have a flat stomach every day.

[ ]

WEIGHT AND HEIGHT

[Weight and height should be assessed.]

Weight in kg.

[ ][ ][ ]

Height in cm.

[ ][ ][ ]

ES-EDE

ESTÓMAGO PLANO

(Subescala de  
preocupación por la figura)

[Si el sobrepeso del sujeto es evidente, omita esta pregunta y puntúe 7.]

**\*En las últimas cuatro semanas, ¿has sentido un deseo inequívoco de tener un estómago plano?**

[Valore el número de días en que el sujeto ha sentido un deseo inequívoco de tener un estómago plano o cóncavo. No valore el simple deseo de tener un estómago más plano.]

0 - Ningún deseo inequívoco de tener un estómago plano.

1 -

2 - Deseo inequívoco de tener un estómago plano en menos de la mitad de los días.

3 -

4 - Deseo inequívoco de tener un estómago plano en más de la mitad de los días.

5 -

6 - Deseo inequívoco de tener un estómago plano a diario.

[ ]

PESO Y ALTURA

[Se deberían medir el peso y la altura del sujeto.]

Peso en kg.

[ ][ ][ ]

Altura en cm.

[ ][ ][ ]

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**MAINTAINED OF LOW WEIGHT**

**(Diagnostic item)**

[Rate for persons who may be underweight.]

**Over the past 3 months have you been trying to lose weight?**

If no,

**Have you been trying to make sure that you do not gain weight?**

[If weight is low, rate presence of attempts either to lose weight or to avoid weight gain. Rate 9 if not asked.]

0 No attempts either to lose weight or to avoid weight gain over the past 3 months.

1 Attempts either to lose weight or to avoid weight gain over the past 3 months for reasons concerning shape or weight.

2 Attempts either to lose weight or to avoid weight gain over the past 3 months for other reasons.

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

**MAINTENANCE OF LOW WEIGHT**

**(Diagnostic item)**

[Rate for persons who might be underweight.]

**Over the past 3, months have you been trying to lose weight?**

If the answer is negative,

**Have you been trying not to gain weight?**

[If weight is low, rate both, the attempts to lose weight and the attempts to avoid gaining weight. If the question is not asked, rate 9.]

0 No attempts to lose weight or avoid gaining weight over the preceding 3 months.

1 Attempts to lose weight or avoid gaining weight due to shape or weight over the past 3 months.

2 Attempts to loose weight or avoid gaining weight due to other reasons over the past 3 months.

[ ]



---

**ES-EDE**

**MANTENIMIENTO DE PESO BAJO**

**(Ítem diagnóstico)**

[Valore en los casos de personas que pueden tener un peso insuficiente.]

**En los pasados tres meses, ¿has estado intentando adelgazar?**

Si la respuesta es negativa,

**¿Has estado intentando no engordar?**

[Si el peso es bajo, valore tanto los intentos perder peso como los intentos de no ganar peso. Si la pregunta no se formula, puntúe 9.]

0 Ningún intento de adelgazar o evitar engordar en los tres pasados meses.

1 Intentos de adelgazar o evitar engordar por causas relacionadas con la figura o el peso durante los tres pasados meses.

2 Intentos de adelgazar o evitar engordar debidos a otros motivos durante los tres pasados meses.

[ ]

**VERSION ORIGINAL INGLESA**

**MENSTRUATION**

**(Diagnostic item)**

- Have you missed your periods over the past 3 months?
- ¿How many periods have you had?
- Are you taking an oral contraceptive (the "pill")?

[With post-menarcheal females, rate the number of periods over the past three expected menstrual cycles. Rate 7 if the subject is pre-menarcheal if she has been taking an oral contraceptive, or if she has been pregnant or breast feeding.]

[ ]

---

**TRADUCCIÓN INVERSA**

---

**MENSTRUATION**

**(Diagnostic item)**

- Over the past 3 months, have you missed your periods?
- ¿How many periods have you had?
- Are you using contraceptive pills?

[For postpuberal females, rate the number of periods according to the three expected menstrual cycles. For prepuberal females, females using oral contraceptives, pregnant or breast feeding females, rate 7.]

[ ]

**ES-EDE**

---

**MENSTRUACIÓN**

(ítem diagnóstico)

- En los últimos tres meses, ¿le ha faltado la menstruación?
- ¿Cuántas menstruaciones ha tenido Ud.?
- ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

[En los casos de mujeres pospuberales, valore el número de menstruaciones en función de los tres ciclos menstruales esperados. En los casos de mujeres prepuberales, mujeres que utilizan métodos anticonceptivos por vía oral, mujeres embarazadas o mujeres que están amamantando, puntúe 7.]